

*Des suites éloignées*  
*de la*  
*Myomectomie Abdominale*

---

*(Cas de grossesse ou dix années d'observation)*

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Paul ACHARD**

*Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.*

né à LYON (Rhône) le 3 Septembre 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

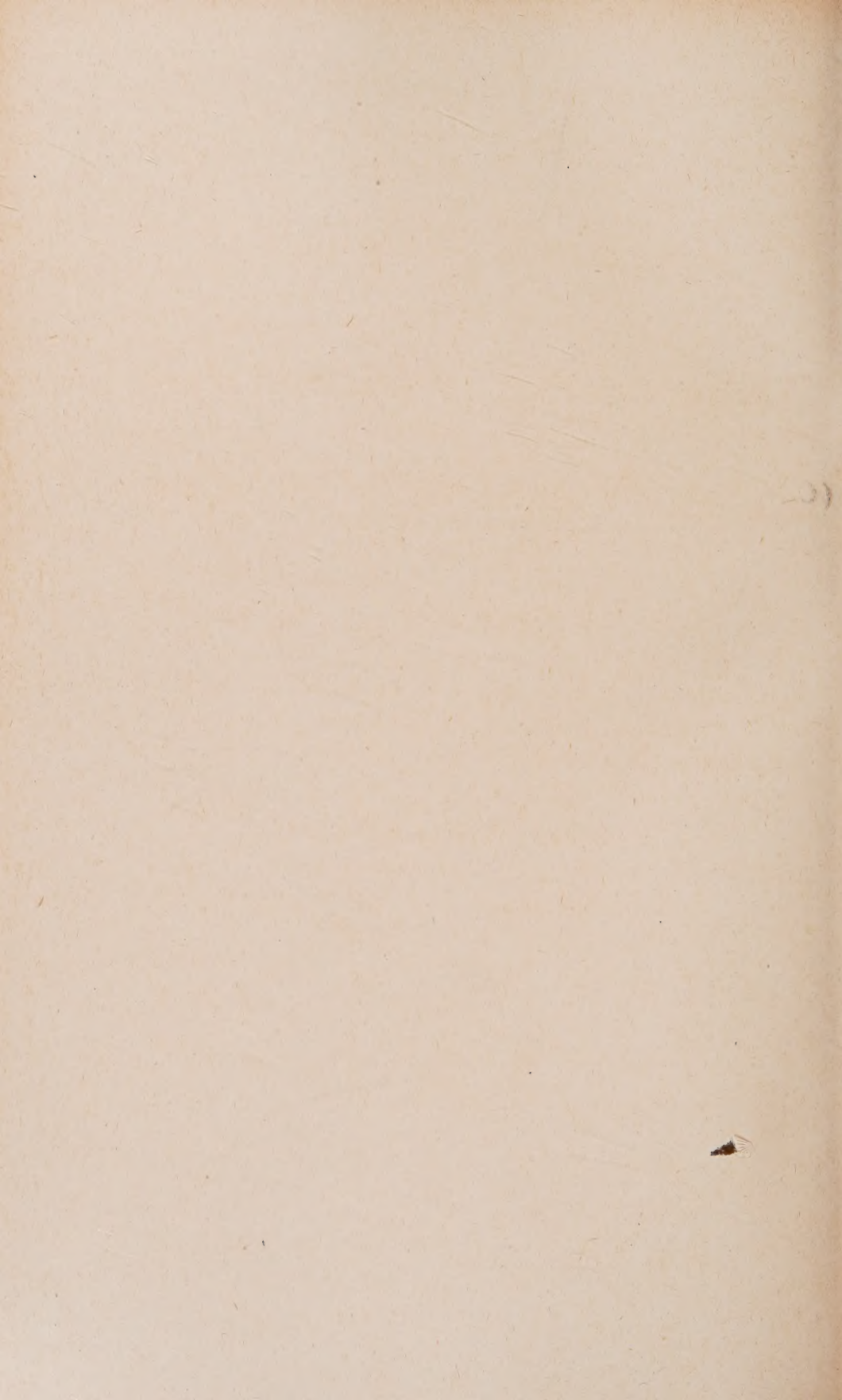
Téléphone 63-56

—  
1922



DES SUITES ÉLOIGNÉES  
DE LA MYOMECTOMIE ABDOMINALE

Cas de grossesse  
ou dix années d'observation.



*Des suites éloignées*  
*de la*  
*Myomectomie Abdominale*  

---

*(Cas de grossesse ou dix années d'observation)*  

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Paul ACHARD**

*Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph.*

né à LYON (Rhône) le 3 Septembre 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

# PERSONNEL DE LAFACULTE

Doyen honoraire .....  
 Doyen .....  
 Assesseur .....

M. HUGOUNENQ.  
 MM. J. LEPINE.  
 ROQUE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,  
 A. FLORENCE

## PROFESSEURS

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                                 | MM. TESSIER    |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                             | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .              | BARD           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                            | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .     | BERARD         |
| Clinique neurologique et psychiatrique . . . . .              | COMMANDEUR.    |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                   | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                    | NICOLAS        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .                   | LEPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .           | WEILL          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie . . . . .      | POLOSSON (A.)  |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . .   | LANNOIS        |
| Chimie biologique et médicale . . . . .                       | ROCHET         |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                     | N.-JOSSEAND    |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                       | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .        | HUGOUNENQ      |
| Anatomie . . . . .                                            | MOREL          |
| Histologie . . . . .                                          | X              |
| Physiologie . . . . .                                         | GUIART         |
| Pathologie interne . . . . .                                  | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales . . . . .              | POLICARD       |
| Anatomie pathologique . . . . .                               | DOYON          |
| Chirurgie opératoire . . . . .                                | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie . . . . . | MOURQUAND      |
| Médecine légale . . . . .                                     | PAVIOT         |
| Hygiène . . . . .                                             | VILLARD        |
| Thérapeutique . . . . .                                       | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                       | Etienne MARTIN |
|                                                               | COURMONT (P.)  |
|                                                               | PIC            |
|                                                               | MOREAU         |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — — — Propédeutique de gynécologie.....      | CONDAMIN. |
| — — — Chimie minérale .....                  | BARRAL.   |
| — — — Urologie .....                         | GAYET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique . . . . .                    | PATEL      |
| Botanique . . . . .                                 | BRETIN     |
| Embryologie . . . . .                               | GRAVIER.   |
| Orthopédie . . . . .                                | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.    |
| Stomatologie . . . . .                              | TELLIER    |

## AGRÉGÉS

|                 |               |            |               |
|-----------------|---------------|------------|---------------|
| MM.             | MM.           | MM.        | MM.           |
| NOGIER          | SAVY          | HOVELACQUE | ROUBIER       |
| BRETIN          | FROMENT       | TRILLAT    | FAVRE         |
| LERICHE         | THEVENOT (L.) | SARVONAT   | BONNET        |
| THEVENOT (Léon) | FIERY         | FLORENCE   | NOEL, chargé  |
| TAVERNIER       | COTTE         | ROCHAIX    | des fonctions |
| CADE            | DUROUX        | CORDIER    |               |
| GARIN           |               |            |               |

M. BAYLE, secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *président*, M. COTTE, *assesseur*

MM. TRILLAT et RHENTER, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

*Docteur en Médecine de la Faculté de Paris*  
*Membre correspondant de la Société de Médecine de Lyon*  
*Lauréat de l'Académie de Médecine*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Docteur en Médecine de la Faculté de Lyon*

A MA MÈRE

En témoignage de mon amour  
filial et de ma reconnaissance.

A MA FIANCÉE

En témoignage d'une tendre affec-  
tion chaque jour grandissante.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

*Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Lyon*

*Accoucheur des Hôpitaux*

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la Présidence de notre  
Jury de thèse.

A MON JURY



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

DES SUITES ÉLOIGNÉES  
DE LA MYOMECTOMIE ABDOMINALE  
(Cas de grossesse ou dix années d'observation)

---

AVANT-PROPOS

---

*Nous sommes heureux que l'usage nous permette, au début de ce travail, d'adresser notre plus vive reconnaissance à nos chers Parents, et à nos Maîtres qui, nous ont guidé dans notre éducation médicale.*

*C'est pour nous un véritable plaisir et un devoir d'adresser des remerciements sincères à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.*

*Nous sommes redevable aussi à nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph de notre formation médicale et professionnelle.*

*Au docteur Goullioud, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien-chef de l'hôpital Saint-Joseph, qui nous a donné l'idée de cette étude et fut pour nous un maître plein de bonté et de bienveillance chez lequel la vaillance, le dévouement et la modestie ont incarné « L'âme du Chirurgien », nous ne saurions assez bien dire notre reconnaissance et notre admiration.*

*L'une et l'autre iront aussi au Docteur Rafin, chirurgien honoraire de l'hôpital, chevalier de la Légion d'honneur, qui nous initia dans « l'art urinaire ».*

*Notre gratitude ira à M. le Docteur Chabalier, médecin-chef, dont nous fûmes l'interne durant un semestre trop court qui nous permit néanmoins d'apprécier ses conseils pleins de sollicitude.*

*Nous avons eu l'honneur de terminer notre internat dans le service de M. le Docteur Giuliani, dont les conseils éclairés et l'expérience chirurgicale sont des plus précieux pour notre avenir.*

*A M. le Docteur Olivier et à M. le Docteur Fayssé qui, en maintes circonstances nous ont si volontiers aidé de leurs conseils, nous dirons aussi notre reconnaissance.*

---

## INTRODUCTION

---

En suivant dans la littérature médicale l'évolution du traitement opératoire des maladies génitales, le gynécologue a pu faire cette constatation, qu'à toutes les phases de cette thérapeutique, il y a eu des chirurgiens qui ont cherché à limiter leur intervention dans le but de conserver à la femme les attributs de son sexe.

Il est un point sur lequel paraît régner un accord complet, c'est le respect de la fonction de gestation chaque fois qu'il est compatible avec le retour à la vie normale.

Ces mêmes principes régissent le traitement chirurgical des fibromes utérins. La situation et le nombre des noyaux fibromateux déterminent le mode d'intervention. Y a-t-il un ou plusieurs corps fibreux situés sur le bord supérieur de l'utérus ; c'est à la myomectomie qu'il faudra avoir recours. On a pu ainsi énucléer de nombreux corps fibreux chez des malades qui désiraient avoir des enfants et qui ont vu après l'intervention leur désir se réaliser.

Nous n'avons pas, dans ce travail, la prétention d'apporter des innovations dans l'étude de la myo-

mectomie abdominale. Cette opération conservatrice est née, il y a plus d'un *demi-siècle*, et l'heure n'est plus où les chirurgiens étaient épouvantés à la seule idée d'amputer partiellement l'utérus.

Nous ne ferons pas non plus une œuvre savante : notre but est de montrer les bons résultats auxquels peut conduire cette intervention.

Ces résultats étudiés pendant une dizaine d'années montreront, nous osons l'espérer, ses avantages incontestables sur les interventions plus mutilantes qui sont pratiquées de moins en moins heureusement pour les mêmes indications. Ils préviendront peut-être les abus qui, à l'avenir, pourraient découler des merveilleuses mais stérilisantes méthodes modernes, je veux dire : l'électrothérapie et la radiumthérapie qui ont certes aussi leurs indications.

La myomectomie a un double but : 1° but d'ordre physiologique, dans lequel se groupent nos résultats immédiats : conservation des fonctions multiples de menstruation, d'ovulation, disparition des métrorragies, des accidents de compression dus au fibrome ; 2° but d'ordre familial et social, si l'on peut dire, dans lequel nous trouvons nos résultats éloignés : conservation de la fécondité et possibilité de gestation allant à bonne fin. Nous étudierons l'un et l'autre en nous basant sur les 118 observations de M. Goullioud, suivies, pour la plupart, pendant une dizaine d'années. Enfin nous dirons un mot des dystocies survenant chez des myomectomisées et noterons en passant les quelques cas rares de récurrence qui se sont présentés.

Nous concluerons, avec Tuffier, que : l'hystérectomie abdominale pour fibrome, doit être l'opération de nécessité ; et que, dans tous les cas où elle est praticable, c'est à l'énucléation des fibromes avec conservation de l'utérus et des annexes qu'il faudra avoir recours.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Suites immédiates de la Myomectomie, ou physiologie utérine post-opératoire.**

Dans un utérus fibromateux, la muqueuse utérine réagit, et cette réaction peut se manifester soit par une action glandulaire, soit par une action vasculaire. Les réactions glandulaires, que l'on a qualifiées de métrites ou d'endométrites et que Roche appelle pseudo-métrite, se manifestent par un écoulement visqueux et blanchâtre. La réaction vasculaire peut donner lieu à des hémorragies, dont la fréquence et l'abondance sont très variables au début, mais peuvent constituer un véritable danger.

De par son siège et de par son volume, le fibrome a pu, dans certains cas, provoquer des troubles de compression du côté de la vessie (Obs 16, 19, 24, 28, 31, 33) ou de l'intestin (Obs. 35, 37) ; il a pu aussi produire une coudure, une torsion de l'uretère et favoriser ainsi l'apparition de pyélonéphrite. A ces lésions, il est fréquent de voir associées l'existence de lésions ovariennes ou annexielles, c'est dans ces

cas que l'on voit apparaître l'ovaire scléro-kystique ou polykystique (Obs. 8, 9), et quelques hématomes de l'ovaire. La tumeur est de volume et de siège très variés : depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une tête fœtale et plus, pesant parfois près de 3 à 4.000 grammes (Obs. 16 : 3.200 grammes), tantôt sessile, tantôt pédiculée, tantôt unique, tantôt semée en une série de petits noyaux (Obs. 17, 29, 31) ; elle occupe, soit le fond, soit les faces ou la portion juxta-cervicale de la matrice, sous-péritonéale, sous-muqueuse ou interstitielle : la myomectomie la supprime.

Quand on a énucléé un fibrome assez volumineux au moyen de la myomectomie abdominale, dit Drivet dans sa thèse, le volume de l'utérus diminue immédiatement et considérablement jusqu'au moment où il aura atteint à peu près le volume qu'il doit posséder normalement. La réparation de l'utérus s'effectue tant et si bien qu'on ne trouve, d'après Tuffier, plus trace de l'opération quelques mois après et tout permet d'espérer le fonctionnement normal d'un organe aussi peu altéré.

Quant au tissu utérin proprement dit, son hypertrophie est absolument variable, le plus souvent il a conservé sa coloration et sa consistance normale, il n'est que plus épais et légèrement condensé autour du fibrome. L'énucléation fait rétrocéder cette hypertrophie et, un utérus qui présente après opération le volume de deux poings, peut se trouver, quelques mois plus tard, comme on l'a déjà dit, diminué de moitié ou presque normal. En outre, la myomectomie semble

diminuer l'état d'éréthisme vasculaire de l'utérus et mettre fin aux processus congestifs dont cet organe est le siège.

La suppression des gros noyaux fibreux, à elle seule, serait en même temps une suppression des phénomènes irritatifs qu'ils entretiendraient dans leur voisinage. Il y aurait même lieu d'espérer ainsi, après une myomectomie, voir s'atrophier les petits fibromes minuscules qui échappent au chirurgien et rétrocéder les tumeurs débutantes. Il est probable aussi, que les troubles circulatoires provoqués par l'hystérotomie et les sutures, contribueront pour une part à diminuer les chances de récurrence. L'utérus myomectomisé subit donc une involution analogue à l'involution puerpérale.

Cette involution peut-être parfaite. Dans ce cas, l'utérus étant redevenu un utérus normal, les métrorragies disparaissent avec toute la symptomatologie du fibrome, les règles reparaissent ayant diminué d'abondance et de durée et avec peu ou pas de douleurs. Au palper bi-manuel, l'utérus est réduit de volume. A l'hystéromètre, dans les examens anciens, on a pu voir des cavités utérines de 12 à 13 centimètres réduites aux dimensions normales : à 6 ou 7 centimètres.

Dans des cas rares, l'involution est imparfaite, il y a une subinvolution due peut-être à une inertie persistante causée par la présence antérieure d'un trop gros fibrome interstitiel, à de l'anémie, du surmenage, etc.. Peut-être faudrait-il attribuer à cette insuffisance d'évolution la persistance bien rare des pertes rouges après l'opération et alors que l'on ne

trouve pas d'autre cause à la persistance des métrorragies.

Vaquez et Leconte signalent, dans une communication à l'Académie de Médecine (18 avril 1922) que les grands chiffres de tension artérielle étaient surtout fréquents chez les femmes dont les hémorragies avaient été arrêtées brusquement par l'hystérectomie ou par les rayons X. On peut être porté à croire que la myomectomie, en conservant à la femme ses menstruations, lui évite ce redoutable symptôme (1).

L'énucléation n'a pas non plus les inconvénients de la castration, de la ménopause anticipée : elle ne donne pas à la femme : les bouffées de chaleur et leurs variétés multiples ; les douleurs rhumatoïdes, les troubles plus sérieux de la mentalité et du caractère ; la suppression plus ou moins complète de la vie génitale ; les atrophies génitales allant jusqu'au rétrécissement sénile du vagin, etc., elle laisse à la femme ses attributs de femme et ne nuit pas à la fonction maritale.

Cependant, dans certains cas, l'involution utérine dépasse son but : au lieu de revenir à un volume normal, l'utérus devient plus petit qu'il ne devrait l'être, il subit une sorte d'atrophie, une superinvolution, et cette atrophie pourrait bien être la cause des ménopauses précoces que l'on a souvent observées. Mais cette superinvolution serait progressive et explique-

---

(1) M. Cotte, dans sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 21 Nov. 1922, semble partager cette hypothèse.

rait la marche progressive de la fonction menstruelle vers la ménopause physiologique.

Pendant un certain laps de temps, la femme pourrait encore concevoir, jusqu'au moment où la ménopause survenant, elle ne courrait plus aucun risque de récurrence. Nous allons voir dans le chapitre suivant l'influence de la myomectomie au point de vue fécondation, grossesse et récurrence, qui font l'objet des suites éloignées.

---

### **Suites éloignées.**

Le sujet de notre thèse est l'étude des suites éloignées ; nous aurons à les considérer à deux points de vue :

1° Conservation de la fécondité, ce qui comporte l'étude des grossesses et des accouchements après la myomectomie.

2° La conservation des résultats immédiats fournis par cette opération ou, au contraire, la réapparition de nouveaux fibromes et des troubles qu'ils occasionnent ; autrement dit, la récurrence ou la non récurrence des fibromes.

---

## CHAPITRE II

---

### A. — GROSSESSES APRES LA MYOMECTOMIE

#### OBSERVATIONS DE GROSSESSES

##### OBSERVATION I (Inédite, Docteur GOUILLAUD)

*Fibrome, fausse-couche, myomectomie, fibrome d'aspect malin, grossesse.*

Mme Et. B..., âgée de 27 ans, mariée depuis 4 mois, se présente chez le Docteur Goullioud le 5 mars 1920, pour douleurs abdominales et une perte de sang récente. Cette malade est enceinte, dernières règles du 11 janvier 1920 (près de 2 mois). Cependant, son utérus remonte déjà au-dessus de l'ombilic, par conséquent, à un niveau bien supérieur à celui que comporte l'âge de sa grossesse.

Au toucher : le col est refoulé à droite par une tuméfaction rénitente, qui plonge dans le bassin, comme le ferait un petit kyste ovarien sans tension. On pense plutôt à une grossesse complétée de fibrome ou bien à une grossesse molaire avec tuméfaction kystique des ovaires. La malade est mise au repos.

26 mars. — Hémorragie assez abondante estimée à un tiers de litre, utérus remontant à deux travers de doigts au moins au-dessus de l'ombilic, 26 centimètres au-dessus du pubis ; il paraît accompagné à gauche d'une tuméfaction, déjà perçue par le toucher vaginal, qui est relativement molle. Une autre

tuméfaction à droite fait aussi penser à un ovaire augmenté de volume, d'où l'hypothèse déjà émise d'une grossesse molaire avec tuméfaction des ovaires.

Les pertes rouges obligent à conduire la malade dans une clinique, à l'effet de faire une dilatation du col et une délivrance s'il y a lieu.

1<sup>er</sup> avril. — On croit devoir intervenir : au premier cathétérisme on reconnaît qu'il s'agit d'un volumineux fibrome de la paroi latérale gauche de l'utérus, dont le pôle inférieur plonge dans le bassin à côté du col. Son ramollissement avait fait penser à un kyste, car il contrastait avec la dureté de l'utérus en contraction. Le passage de 3 bougies n'amène ni une goutte de sang, ni une goutte de liquide amniotique. On estime qu'il vaut mieux s'abstenir dans ces conditions.

2 avril. — La malade a souffert toute la nuit, sans perdre beaucoup. Elle expulse le matin un œuf ouvert et vide. Il est bien probable que l'œuf était ouvert dès le début des accidents et son séjour au fond d'une cavité utérine lointaine l'a peut-être préservé de l'infection.

Les jours suivants, un peu de température ; expulsion de quelques membranes, mais retour rapide à un état tout à fait normal. Il s'agit donc bien d'un utérus fibromateux dû au mariage relativement tardif de la malade (27 ans). La fausse-couche s'est accompagnée de pertes fortes qui ont donné un moment d'inquiétude.

28 mai 1920. — La malade va bien, il ne semble pas que les annexes aient réagi à la suite de cette fausse-couche. Actuellement, on reconnaît un fibrome globuleux remontant à l'ombilic, ayant le volume d'un utérus de 5 mois un peu plus saillant à gauche qu'à droite.

Cette femme désire vivement un enfant. On pense lui faire une myomectomie dans l'avenir, mais, au lieu d'intervenir de suite, on préfère lui laisser quelques mois courrir la chance d'une grossesse se développant dans un utérus fibromateux.

29 novembre. — Cette deuxième grossesse est en effet en évolution, la malade n'ayant pas eu ses règles depuis le 10 octobre. Déjà l'utérus est gros comme à six mois de grossesse et dépasse l'ombilic de deux ou trois travers de doigts.

10 décembre. — La malade a repris des pertes comme à la précédente grossesse. Utérus déjà gros comme à 7 mois, présentant en plus une masse arrondie sus-jacente, qui n'avait pas été notée jusqu'ici et, qui remonte jusque vers le rebord costal gauche. La malade commence à éprouver de la gêne après les repas : pourra-t-elle arriver à terme ? Cette masse surajoutée était-elle un fibrome sous-péritonéal ou un kyste de l'ovaire ?

16 décembre. — Elimination d'un petit caillot.

28 décembre. — La malade ne perdant plus de sang depuis dix jours, rentre chez elle. Il semble que sa grossesse soit interrompue : elle ne se sent plus gonflée comme avant, on trouve une goutte de lait aux seins.

14 février 1921. — La malade souffre de ballonnement du ventre. On distingue au-dessus de son fibrome qui atteint l'ombilic un kyste de l'ovaire qui remonte dans l'hypochondre gauche. Les règles sont fortes sans être excessives, grippe légère. La constatation de cette volumineuse tumeur complexe impose une intervention : myomectomie ou hystérectomie.

11 avril. — Opération à la clinique Saint-François d'Assise. Anesthésie : Kélène-Ether-Billroth (à cause de la grippe antérieure).

Très grande incision, le prétendu kyste de l'hypochondre gauche était un très volumineux fibrome kystique du volume d'un utérus gravide de 4 mois environ.

Ce fibrome est fluctuant, formé de plusieurs poches contenant du liquide séro-sanguinolent. Il y a des adhérences épipliques à l'épigastre, on détache celles-ci.

Pendant qu'on essaie de sortir le fibrome kystique, il éclate, le corps utérin lui-même paraît mou. Malgré ces grosses lésions, on tente la myomectomie. Les annexes gauches gênent un peu, on les résèque ; le fibrome ne s'énucléait pas facilement, on le décortique de sa base au bistouri, on espère, en décidant la myomectomie, qu'il s'agit de ces transformations œdémateuses et kystiques que l'on voit dans les fibromes du fond.

1° Surjet de capitonnage avec un long et fort catgut Triolet, sur la coque du fond de l'utérus.

2° Surjet sur les bords de la coupe de l'utérus.

3° Surjet séro-séreux avec une aiguille courbe non tranchante.

Il reste de cette opération un utérus allongé portant ses annexes droites que l'on couche dans le cul-de-sac antérieur. On ramène l'épiploon, et on glisse entre celui-ci et le fond de l'utérus une mèche de drainage de peur que la malade ne soit shockée on lui fait du sérum et une piqûre d'éther.

Le soir, le malade est bien, avec un pouls à 108.

18 avril. — Ablation de la mèche de drainage ou plutôt de péritonisation.

22 avril. — Examen histologique faisant craindre une tumeur maligne (hématéine-éosine-safran) « Trois fragments de la tumeur ont été examinés. On retrouve sur deux d'entre eux un muscle utérin à peu près normal, légèrement sclérosé puis soudain l'aspect change et on se trouve en présence de la tumeur qui constitue à elle seule la troisième préparation.

La néoformation est composée d'éléments fusiformes extrêmement courts, avec un noyau possédant un réseau chromatinien grossier, assez dense, et un protoplasma acidophile très peu abondant. Ces cellules sont noyées dans un stroma fibreux discret par place, ailleurs plus dense, il n'y a aucune encapsulation conjonctive de la tumeur qui se continue insensiblement avec les fibres musculaires normales de l'utérus. En outre, on rencontre par place des éléments de taille irrégulière : il s'agit tantôt de phénomène de dégénérescence et de ratatinement du noyau, tantôt au contraire d'atypie nucléaire marquée, avec cellule à noyau bourgeonnant très riche en chromatine et faisant des taches particulièrement sombres sur le fond de la préparation.

La vascularisation est abondante et se fait par des capillaires dont la paroi endothéliale est nette. En face de ces caractères, il semble que l'on doive porter le diagnostic histologique de : *myome malin*. »

Cet examen histologique était fort troublant et on pouvait

se demander s'il n'y aurait pas lieu de reprendre la malade prochainement pour lui faire une hystérectomie.

Une phlébite providentielle survint, qui obligea à patienter plusieurs semaines pendant lesquelles on commença à surveiller de très près les modifications de volume de l'utérus. La phlébite apparue à la jambe droite dès le cinquième jour, avec 39°5. Il est à noter : que 7 jours avant l'opération, la malade avait eu la même température sous l'influence d'une poussée grippale passagère et qui avait été précédée elle-même de plusieurs poussées thermiques.

La température était tombée à 37°8 quand, le jour de l'ablation des fils, c'est-à-dire le 21 avril, une seconde phlébite apparue à la jambe gauche, amenant quelques températures à 39°, puis, tout rentrait dans l'ordre.

25 mai. — On note au palper abdominal que le fond utérin remonte exactement à trois doigts au-dessus du pubis, ce sera un point de repère pour la surveillance du développement de l'utérus.

17 octobre 1921. — Mme B... marche encore peu, mais va bien, a repris un bon état général. Ses règles reviennent tous les mois, sont raisonnables comme quantité et durent trois ou quatre jours.

Examen local : l'utérus ne dépasse pas certainement le volume du 25 mai, il est plutôt un peu au-dessous, au palper bimanuel, il est de volume à peu près normal : il n'y a pas de récédive de fibrome ni surtout de sarcome.

19 avril 1922. — Pas de modification.

16 juin. — Début manifeste d'une grossesse qui était déjà en évolution lors du dernier examen : le premier jour des dernières règles étant le 30 mars : vomissements, lombalgie.

27 juillet. — La grossesse évolue, mais un peu péniblement, le ventre est sensible, il y a des contractions utérines, les nausées persistent, les urines ne renferment pas d'albumine, bien que la malade ait souffert passagèrement du rein gauche. On remarque que l'utérus, et cela à plusieurs examens, est plus développé que ne le comporte l'âge de la grossesse, ce qui renouvelle les inquiétudes et fait penser entre autres

hypothèses à la possibilité du développement gravidique de quelque fibrome et rappelle aussi le diagnostic histologique.

6 novembre. — La malade revient de la campagne, elle va bien, mais elle ne sort pas. Elle a souvent des « maux de cœur » et présente un léger état syncopal à la fin d'un simple examen.

La grossesse devrait se prolonger jusqu'au commencement de janvier et à 7 mois la hauteur utérine est de 32 centimètres.

A trois reprises, à près d'un mois de distance, de petites hémorragies se sont produites, cédant à un ou deux lavements de laudanum. La dernière s'est accompagnée de deux caillots comme des noix et le fait suscite un peu la crainte d'une assertion un peu anormale du placenta. Le toucher vaginal ne l'indique pas nettement.

16 novembre 1922. — Examen avec le Docteur Trillat qui a vu la malade avant sa myomectomie, qui lui avait paru impossible. Il trouve une hauteur de 34 centimètres, une circonférence de 105 centimètres, mais il constate que la paroi utérine, quoique très tendue, est souple, sans aucun relief suspect. Il admet que le volume anormal de l'utérus est dû à de l'hydramnios; le fœtus se présente en S. I. G. A. Il élimine toute crainte de fibrome ou de dégénérescence

## OBSERVATION II, *Inédite* (Docteur GUILLOUD)

### *Myomectomie, grossesse normale, accouchement à terme*

Mme C..., âgée de 36 ans, mariée à 24 ans, a eu quatre enfants, le dernier, né à 7 mois, n'en a vécu que deux. La malade prétend avoir eu une délivrance normale. A été accouchée par une sage-femme et raconte qu'avant cette couche, elle aurait eu des règles régulières, mais très abondantes. Son médecin attribuait cet accouchement prématuré à l'existence d'un fibrome. Elle aurait eu aussi de fortes pertes rouges 15 jours après l'accouchement, une autre deux mois après. La dernière il y a 15 jours. A son entrée à l'hôpital,

on découvre à l'hypogastre une tumeur **remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic** : tumeur dure et mobile transversalement.

Le toucher vaginal indique un col légèrement refoulé à gauche, mobile et légèrement entr'ouvert. On sent un utérus très augmenté de volume, globuleux, atteignant les dimensions d'une tête fœtale à terme. La palpation combinée permet de mobiliser la tumeur avec le col utérin. Tout confirme le diagnostic de fibrome.

30 novembre 1917. — On se décide à intervenir : anesthésie Kélène-éther. Il s'agit bien en effet d'un fibrome du fond de l'utérus, on distingue très bien le col utérin et l'origine des trompes sur la paroi antérieure de la tumeur. La présence d'un seul fibrome fait opter pour une myomectomie.

Incision elliptique sur la face saillante de la tumeur, correspondante à la face postérieure de l'utérus. On trouve facilement un plan de clivage bien que la tumeur soit fondue d'une manière intime avec la paroi. L'énucléation se fait pour ainsi dire à la compresse sans grande hémorragie.

Surjet du capitonnage sur les parois de la cavité laissée par la tumeur, surjet sur la paroi interne; enfin, surjet séro-séreux. L'utérus est recouvert avec l'S iliaque et l'épiploon. On enlève l'ovaire droit dont la moitié est occupée par un kyste. L'autre ovaire est sain, et les deux trompes perméables. Bonnes suites opératoires.

26 novembre 1921. — On apprend par la malade qu'elle a eu un bébé âgé de six mois, très gros à sa naissance. Antérieurement, ses règles ont été régulières, assez abondantes, d'une durée moyenne de quatre ou cinq jours.

### OBSERVATION III, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

#### *Grossesse et accouchement normaux.*

Mme R.,, 36 ans, mariée à 32 ans, deux enfants en bonne santé. Entre à l'hôpital Saint-Joseph le 20 avril 1914. L'af-

fection remonte à 3 ans, à ce moment, la malade alors enceinte de 3 mois constate la présence d'une tumeur anormale du volume d'une grosse orange, occupant l'hypogastre. Un médecin consulté aurait diagnostiqué un fibrome et conseillé à Mme R... de se faire opérer après son accouchement. Mais, ne souffrant pas alors elle ne se décide pas à se faire opérer,

En décembre 1912, un an après, elle est à nouveau enceinte et souffre « de sa tumeur » jusqu'au moment de son nouvel accouchement qui fut d'ailleurs assez pénible.

Par la suite, les règles revinrent abondantes et régulières durant 4 ou 5 jours chaque fois ; mais souffrant périodiquement avant chaque menstruation, elle se décide à se faire opérer.

20 avril 1914. — Examen de M. Goullioud : au toucher vaginal, on note l'existence d'une tumeur ayant, dans le cul-de-sac utéro-vésical, le volume d'une petite orange. Elle est mobile et fut d'abord prise pour le corps utérin.

D'autre part la malade présente une perforation de la cloison recto-vaginale au-dessus du sphincter interne, laissant passer une sonde cannelée.

22 avril 1914. — Intervention. Anesthésie à l'éther.

1° Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une tumeur fibromateuse développée dans la région de la corne gauche de l'utérus. Enucléation. Surjets au catgut Triolet de la paroi utérine, en trois plans.

2° Réfection du périnée.

10 mai. — Suites opératoires excellentes.

23 novembre 1920. — La malade écrit au Docteur Goullioud qu'elle allaite un enfant de 11 mois, qu'elle a eu une grossesse normale et qu'antérieurement, ses règles ont été régulières, assez abondantes, d'une durée de quatre ou cinq jours.

27 novembre 1921. — Règles normales, régulières, revenant toutes les quatre semaines pendant un ou deux jours.

OBSERVATION IV, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

*Fausse-couche à 5 mois*

Mme Ch..., 34 ans, mariée à 18 ans, un enfant en 1907 mort à 5 mois, une fausse-couche en 1910 (5 mois).

En mai 1921, la malade souffre subitement du bas-ventre et des « reins »; malgré une accalmie au bout de 5 jours, elle entre à l'hôpital ayant l'impression que « son ventre descend ».

A l'examen, elle présente un abdomen de volume normal. On perçoit cependant une tumeur dure à l'hypogastre, remontant à quatre travers de doigt de l'ombilic. Légère sensibilité annexielle assez vive surtout à droite.

Toucher vaginal : on perçoit une masse du volume d'une grosse orange en avant de l'utérus; de consistance dure, sans fluctuation. Le col utérin est mou, situé en arrière et déjeté vers la gauche. Le cul-de-sac gauche est légèrement empâté et sensible.

En somme fibrome de la face antérieure semblant justifier a priori une myomectomie.

14 juin 1921. — Enucléation d'un fibrome de la face antérieure et du fond du volume d'une orange, adhérent aux tissus voisins de la coque, lequel avait l'aspect inflammatoire. Deux surjets de capitonnage, un surjet de péritonisation. On reconnaît que les ovaires et les trompes sont saines. Suture de la paroi sans drainage.

28 juin. — Bonnes suites opératoires.

23 octobre 1921. — La malade avoue qu'à la suite de son premier accouchement, suivi de fièvre puerpérale, elle a craint une deuxième grossesse.

Aujourd'hui, ses règles durent trois ou quatre jours au lieu de six à huit jours, et sont peu abondantes. A engraisé de 5 kilos depuis son départ de l'hôpital.

Au toucher, on trouve un petit utérus de volume normal. on conseille une grossesse.

20 novembre. — Règles normales, état général excellent.

21 juin 1922. — Mme Ch... annonce la suppression de ses règles depuis deux mois et demi, et présume être enceinte : maux de reins, vomissements, etc...

Septembre 1922. — On apprend que la malade a fait une fausse-couche au cinquième mois.

#### OBSERVATION V (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

(parue dans la *thèse* de LEFEBVRE, Paris, 1922,  
et complétée par nous).

*Fibrome, myomectomie, 1<sup>er</sup> enfant mal conformé, mort.*

*Deuxième enfant né à terme, et bien portant.*

Mlle de C..., âgée de 28 ans, vient me consulter en février 1918 pour un fibrome du volume d'un utérus gravide de trois mois.

Elle n'a pas renoncé à l'idée du mariage.

Je préconise un traitement médical d'attente. En décembre, la question du mariage se pose; cependant, les pertes ont augmenté et le fibrome se rapproche de l'ombilic, faisant saillie en avant et à droite. Espérant pouvoir faire une myomectomie dans l'avenir, je ne déconseille pas le mariage, qui a lieu en août 1919.

Quelques mois après, les pertes deviennent graves, et en avril 1920, l'anémie rend une intervention urgente. L'opération a lieu le 17 avril 1920, sous anesthésie à l'éther. L'utérus, hors du ventre, il semble y avoir deux fibromes, un sur la face postérieure, le plus important, un second sur la face antérieure. Incision médiane sur la face postérieure saillante. On peut énucléer un gros fibrome avec deux ou trois autres moins importants, mais ne faisant qu'un bloc.

La face antérieure était seulement refoulée sans renfermer de fibrome distinct. Surjets au triolet de la cavité du fibrome, des tranches de section, de la paroi utérine et enfin surjet superficiel séro-séreux avec un catgut plus fin et une aiguille non tranchante.

On ramène l'épiploon au niveau de la ligne de suture. Fibrome gros comme une tête fœtale. Suites opératoires simples. En novembre, la jeune femme manifeste un peu de déception de ne pas être devenue encore enceinte, et je parle d'une dilatation du col, possible dans quelques mois.

Cependant, une grossesse commençait déjà, grossesse accompagnée d'albuminurie à évolution normale jusqu'au huitième mois, où le travail se déclare.

Je dois les détails suivants au médecin qui assista à l'accouchement.

Enfant mal conformé, présentent deux circulaires du cordon facilement réduites. Il naquit vivant, fit une ou deux pénibles inspirations, mais ne put être ranimé. D'ailleurs, il présentait un aspect très spécial, sauf au niveau de la tête qui était, par ses dimensions, celle d'un fœtus de huit mois environ. L'ensemble paraissait tassé dans le sens vertical et tassé fortement. Le thorax, de dimensions très réduites dans son ensemble, avec un diamètre bi-acromial de 6 à 7 centimètres à peine, s'évasait à son extrémité inférieure, mais paraissait encore trop étroit pour contenir le foie qu'on voyait en entier faire saillie jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Les membres inférieurs étaient extrêmement courts, les deux pieds bots varus venaient joindre leur face plantaire au niveau de l'ombilic qu'ils atteignaient à peine. Aucun signe de spécificité ne fut observé, ni du côté de l'enfant qui naquit vivant sans aucune lésion cutanée, ni du côté du placenta. L'albuminurie ne paraît pas en cause.

« J'ai eu l'impression que l'enfant avait été gêné par une ampliation insuffisante de l'utérus, mais ce n'est qu'une hypothèse impossible à vérifier. »

Tous les autres faits observés de grossesses normales ne permettent guère d'admettre cette hypothèse que nous avons cependant voulu signaler.

Nous ne croyons pas, pour notre part, que la myomectomie puisse être rendue responsable de ces malformations.

20 juin 1922. — La malade annonce la naissance d'une fille, beau bébé, venu à terme après grossesse normale. La

sage-femme qui l'accoucha nous fournit les renseignements suivants : Elle aurait remarqué de l'hydramnios à la première grossesse et des eaux très abondantes à la seconde; six heures de douleurs et délivrance très normales. Elle signale qu'il y a eu d'autres malformations dans la famille.

5 octobre 1922. — Mme V... étant venue me consulter pour quelques pertes sans importance, on en profite pour examiner l'utérus qui a un volume normal, sans relief suspect.

#### OBSERVATION IV, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

*Fibrome enclavé dans le bassin. Grossesse et fausse-couche.  
Myomectomie. Nouvelle grossesse.*

Mme P... H..., âgée de 35 ans, mariée à 34 ans, se présente à mon cabinet le 9 janvier 1920. Je constate un fibrome qui plonge dans le bassin. Le col est refoulé contre le pubis, et plus haut que le fond du fibrome, celui-ci, d'ailleurs, remonte hors du bassin.

La malade est enceinte, n'ayant pas revu ses règles depuis le 17 novembre 1919. L'utérus est gros presque comme un utérus de quatre mois, mais le fibrome qui plonge dans le bassin est mobile avec l'utérus; on peut donc espérer qu'il remontera pendant le travail, mais il sera prudent de faire accoucher la malade dans une clinique.

Le 14 février 1920. — Mme H... m'est envoyée d'urgence par le docteur Bonnaud, parce qu'elle vient de faire une fausse-couche et qu'elle est incomplètement délivrée. On endort la malade; le col utérin est pressé entre le corps et le pubis, et aucune manœuvre intra-utérine ne serait possible, heureusement, le placenta est dans le col.

17 mai 1920. — Je constate un fibrome de la face postérieure que l'on pourra enlever par la myomectomie. Ce fibrome est surtout pelvien et on peut constater sur sa face antérieure un utérus de volume à peu près normal. Pas de salpingite.

27 mai. — Intervention. — Anesthésie à l'éther. Incision de Pfannenstiel. On attire au dehors un utérus qui présente un fibrome pédiculé du fond du volume d'une mandarine, et un fibrome de la face postérieure du col et du corps du volume d'une orange, deux ou trois petits fibromes comme des noix. On commence par énucléer le fibrome de la face postérieure, le principal. Un premier plan de capitonnage au catgut Triollet, par dessus un surjet séro-séreux. On enlève ensuite les autres fibromes signalés. Opération simple, pas de drainage. Suites simples les six premiers jours, mais le 1<sup>er</sup> juin, apparition d'une douleur dans le mollet gauche et réaction de la température à 39°. La phlébite a d'ailleurs été très modérée.

27 juillet 1922. — A la suite de son opération, cette malade n'a pas eu le moindre malaise; ses règles avaient une durée de quatre jours et normales; les dernières parues étaient du 15 avril. Mme H... me revient donc enceinte.

15 novembre. — La grossesse suit son cours, la hauteur utérine est de 30 cm., le palper absolument normal. Tout fait présager un accouchement dans de bonnes conditions.

#### OBSERVATION VII, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIQUET)

*Vpare présentant un petit fibrome douloureux de la corne gauche. Enucléation, fausse-couche, puis grossesse à terme.*

Mme E. G..., âgée de 24 ans, se présente à moi le 11 septembre 1912 pour des malaises insignifiants. Elle a déjà deux enfants.

27 novembre 1918. — A eu, depuis 1912 trois enfants; elle présente quelques malaises que soulage un pessaire de Boulli.

En octobre 1919, une fausse-couche, mais Mme G... se plaint de souffrir et cela depuis plusieurs mois d'une petite tumeur qui est constatée vers la corne gauche et dont la nature reste indéterminée.

Devant la persistance des douleurs, une intervention paraît légitime.

20 novembre 1919. — Intervention, incision de Pfannens-tiel. La petite tumeur cause des douleurs était un petit fibrome de la corne utérine du volume d'une mandarine : ablation facile. Trois points de fixation isthmique, pas de drainage.

Au commencement de 1920, septième grossesse interrompue par une fausse-couche au bout de trois mois.

7 mars 1921. — Huitième grossesse : Mme G... se présente à nous enceinte pour la huitième fois.

1<sup>er</sup> janvier 1922. — On reçoit une lettre annonçant la naissance d'un sixième enfant vivant.

Accouchement simple, malgré les trois points de fixation isthmique.

#### OBSERVATION VIII, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

*Fibrome. Kyste de l'ovaire gauche.*

*Myomectomie. Grossesse. Placenta prævia. Enfant mort-né.*

Mme G... A..., se présente à nous le 16 décembre 1920, à l'âge de 37 ans, mariée à 24 ans, elle n'a eu qu'une fausse-couche de trois mois, il y a trois ans.

Elle est envoyée par le docteur Barbier, pour quelques pertes successives assez abondantes survenues dans les derniers mois, spécialement le 8, le 15 novembre, puis le 6 décembre. La malade croit que ce sont ses règles.

Elle présente, à l'examen, un utérus fibromateux, en antéversion, avec une tuméfaction rénitente de la corne gauche, et probablement d'origine ovarienne.

Opération, le 22 décembre 1920. — On trouve le fibrome prévu et un kyste de l'ovaire gauche, non pédiculé, qui se rompt pendant son ablation. C'était un hématome de l'ovaire du volume d'une petite orange; le fibrome est saillant sur la face antérieure. On se décide à une myomectomie.

Enucléation facile, hémostase par capitonnage au triollet avec deux surjets successifs, puis hémostase du ligament

large gauche; pas de drainage. On laisse un petit noyau comme un pois dans le fond de l'utérus. Suites opératoires simples.

11 avril 1921. — Cette malade se présente au cabinet de M. Goullioud avec une grossesse probable.

10 mai. — L'utérus gravide paraît du volume d'une grossesse de cinq mois; or, elle a quitté l'hôpital fin janvier, et n'a plus revu ses règles depuis l'opération; on est donc amené à penser que la malade était enceinte de quelques jours au moment de son opération et que ses dernières règles normales sont celles du 6 décembre.

En effet, la date de l'accouchement, le 23 septembre, montre qu'il en était ainsi.

On lui avait heureusement donné le conseil de faire ses couches à la Charité, car on avait constaté une présentation de l'épaule.

2 août. — Se présente à la consultation de la Charité : on trouve une présentation de l'épaule gauche dorso-antérieure; on tente la version par manœuvres externes, facilement corrigée, la présentation revient aussitôt à sa position première.

30 août. — Petite hémorragie pour laquelle Mme G... passe quelques jours à la Maternité.

21 septembre. — Petit suintement sanguin.

22 septembre. — A 8 heures du soir, la malade heureusement arrivée à la Maternité, présente une hémorragie grave pour laquelle elle reçoit de suite les soins de M. Rhenter.

L'intervention immédiate de l'accoucheur s'impose : le col n'étant perméable qu'à un doigt, on ne sent que du placenta tout d'abord, puis on arrive à gauche, sur le bord des membranes. Version de Braxton-Hix; terminaison de l'accouchement à 12 h. 15. Garçon mort-né de 3 kil. 350. Délivrance artificielle à 12 h. 30. Placenta de 630 gr, perte de sang de 1.720 grammes, sans compter ce qui s'est perdu dans les draps. Injections de sérum glucosé intraveineuse, d'adrénaline, de strychnine, de caféine, d'huile camphrée et d'éther.

La malade, après avoir donné de vives inquiétudes, se rétablit.

On peut dire en conclusion que cette femme a été opérée étant enceinte de quelques jours seulement. Il est curieux que l'intervention n'ait pas interrompu ce début de grossesse.

D'autre part, la myomectomie ne saurait être rendue responsable, semble-t-il du placenta prævia, la nidation de l'œuf lui étant antérieure.

27 novembre 1922. — La malade est restée longtemps anémiée, et n'a revu ses règles qu'en juillet 1922. Elle est cependant toute disposée à avoir une nouvelle grossesse, prévenue qu'elle n'a aucune disposition spéciale au placenta prævia.

#### OBSERVATION IX, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIoud)

*Fibrome de la paroi antérieure, ovaire kystique.*

*Fausse-couche de trois mois après myomectomie.*

Mme-D..., entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 avril 1905, âgée de 36 ans, mariée à 27 ans, en 1896. (On peut supposer, d'après son histoire, qu'elle avait déjà un début de fibrome.)

*En 1897.* — Un premier enfant vivant.

*En 1898.* — Une fausse-couche.

*En 1900.* — Un enfant vivant.

*De 1902 à 1905.* — Deux fausses-couches.

Or, en 1905, on constate un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus avec des pertes rouges presque continues depuis la dernière fausse-couche. Volontiers, on ferait un curettage et une myomectomie.

21 avril 1905. — Curettage pour parer aux pertes post-abortives de la malade.

10 mai 1905. — On fait la myomectomie abdominale comme il avait été projeté; on trouve un fibrome énucléable ayant contracté quelques adhérences avec l'épiploon.

On résèque aussi l'ovaire droit qui était kystique. Petit drain abdominal.

Examen de la pièce : fibro-myome typique du poids de 610 grammes, allongé en pointe et inséré sur le fond utérin.

L'intérêt de cette opération a été que cette malade avait eu un curettage trois semaines avant la myomectomie; que pendant celle-ci, on a ouvert la cavité utérine.

On a eu le soin de prendre des gants de caoutchouc, après avoir fermé cette plaie au catgut.

*Novembre 1921.* — La malade raconte qu'en 1910, elle a eu une fausse-couche de trois à quatre mois comme avant la myomectomie.

A signaler que son mari considéré comme phtisique avait guéri. (On peut soupçonner la syphilis sans cependant l'avoir recherchée.)

Quelque temps après, ayant des pertes, elle avait consulté le docteur Morel, qui lui conseilla de retourner voir le docteur Goullioud; mais on lui parla, d'autre part, d'aller voir le docteur Bordier, qui la traita par la radiothérapie.

Son traitement supprima les règles en 1911; la malade était alors âgée de 42 ans.

Examinée à 53 ans, par M. Goullioud, elle présente un petit utérus sénile sans aucun relief de fibrome.

Le mari est encore vivant, cicatrisé, d'après le docteur Morel.

#### OBSERVATION X, inédite (D<sup>r</sup> GOULLIOUD)

*Fiancée de 35 ans, fibrome du fond utérin.*

*Myomectomie. Grossesse. Travail lent. Tentatives prématurées d'application de forceps. Mort par septicémie.*

Mlle C... J..., se présente à l'hôpital Saint-Joseph le 25 août 1920; elle est âgée de 35 ans, fiancée et porte un fibrome qui atteint l'ombilic.

On se propose, s'il est possible, de faire une myomecto-

mie, car la malade est angoissée, non à l'idée de l'intervention, mais à celle de la castration possible.

1<sup>er</sup> septembre 1920. — Intervention. On peut lui faire une myomectomie pour un fibrome du fond de l'utérus du poids de 895 grammes. Elle se marie le 8 octobre 1921, ayant eu ses règles le 30 septembre ;celles-ci n'ont pas reparu.

M. Goullioud revit la malade le 22 mai 1922 ; il constata qu'elle était enceinte, que tout était normal, et écrivit à son médecin de ne pas avoir de préoccupation spéciale au sujet de cet accouchement.

Nous devons à l'obligeance de M. Eparvier les renseignements suivants :

*Au commencement d'août*, la malade était apportée à la Charité de Lyon mourante, avec un pouls incomptable, une température de 39°5, un écoulement de liquide amniotique horriblement fétide, des douleurs très violentes, un utérus remontant à 40 cm. au-dessus de la symphyse, parfaitement net.

Cette femme présentait une dilatation du col à 6 centimètres environ, donc très incomplète. Tête fixée. Elle avait subi chez elle une dilatation à la Bonnaire, et plusieurs applications de forceps sans résultats favorables. L'enfant était mort. M. Eparvier fit une basiotripsie : difficultés assez grandes au passage des épaules. La malade supporta assez bien cette intervention, mais elle présenta dès les premiers jours tous les signes d'une septicémie péritonéale. M. Eparvier ajoute, ce qui est incontestable, que l'utérus était tout à fait normal, ne présentait aucun noyau fibromateux, et que la myomectomie n'est sûrement pas en jeu.

Nous devons à l'obligeance du médecin qui donna les premiers soins à la malade les renseignements suivants :

*Le 17 juillet 1922.* — Dans l'après-midi, rupture de la poche des eaux; débuts des douleurs vers 9 heures du soir, contractions régulières toutes les cinq minutes, présentation du sommet.

*Vingt-quatre heures après*, l'enfant commence à souffrir, les eaux renfermant un peu de méconium. Le médecin prend patience toute la nuit, il est en plein « bled », à 15 kilomètres de tout centre.

*Le 19 au matin*, aidé d'un confrère, l'enfant étant vivant, il tente une dilatation du col par le procédé de Bonnaire, puis une application de forceps.

Le col se referme sur les branches et l'extraction est impossible. Plusieurs tentatives analogues. Les médecins se décident alors à envoyer la malade à Lyon.

M. Eparvier a présenté l'observation de cet accouchement malheureux à la Société d'obstétrique, séance du 13 novembre 1922.

M. Goullioud put fournir les détails complémentaires ci-dessus et ajouta :

« Comme l'a dit M. Eparvier, l'utérus ne présentait aucun fibrome.

« La cicatrisation de la myomectomie située au fond de l'utérus n'a pas pu jouer un rôle important d'empêchement dans la dilatation du col. Je crois qu'il faut admettre qu'il s'est agi d'un travail lent de primipare âgée et d'une tentative prématurée de dilatation artificielle et d'extraction par le forceps.

#### OBSERVATION XI (Obs. de BENOIT-GONIN complétée)

*Fibrome du fond de l'utérus. Fausse-couche de trois mois.  
Récidive.*

Mme Jean G..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 mai 1905. Père mort de phlébite; un frère ayant eu à 21 ans une fièvre typhoïde avec phlébite de la jambe gauche d'une durée de six semaines. Personnellement, réglée à 11 ans régulièrement; mariée à 23 ans; fausse-couche de deux mois à 24 ans; fausse-couche de cinq mois à 25 ans, avec phlébite de la jambe droite. A la suite de sa dernière fausse-couche, la malade a remarqué que son ventre grossissait, avec règles douloureuses, mais sans ménorragie, ni métrorragie. A toujours eu d'abondantes pertes blanches. A l'examen: tumeur du volume d'un utérus gravide à cinq mois,

médiane, globuleuse, dure sans rénitence, entraînant dans ses mouvements le col utérin. Vu l'âge de la malade, la myomectomie est indiquée; poumons : 0; cœur : 0; urines : 0.

7 Juin 1905. — Intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale; fibrome développé aux dépens du fond de l'utérus; incision elliptique circonscrivant la tumeur qui s'énuclee facilement, mais avec ouverture de la cavité utérine sur une petite étendue; 1° surjet de fermeture de la cavité utérine; 2° surjet de capitonnage; 3° surjet séro-séreux. Etalement pelvien de l'anse sigmoïde. Drain enlevé le quatrième jour.

Examen de la pièce : myome rouge vif du poids de 1.390 grammes.

Indication du docteur Goullioud : « J'aurais mieux fait de ne pas réséquer tout le fond chez une jeune femme s'il survénait une grossesse. »

Exeat le 21 juin, bien guérie.

En août 1906, à la suite d'une fausse couche de trois mois, la malade présente des hémorragies fréquentes et des douleurs abdominales; le médecin traitant a reconnu la présence d'un nouveau fibrome; depuis, la malade a été perdue de vue, et malgré nos recherches, nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue.

#### OBSERVATION XII (Obs. de BENOIT-GONIN complétée)

*Fibrome du fond de l'utérus. Myomectomie. Cinq enfants.*

Mlle M... Joséphine, âgée de 25 ans, est adressée au docteur Goullioud, le 28 juillet 1905, pour une tumeur abdominale constatée depuis quelques jours seulement. A l'examen : tumeur dure, un peu irrégulière, dépassant déjà l'ombilic à gauche; la crainte qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne plutôt que d'un fibrome l'a fait opérer sans retard : cette jeune fille est d'ailleurs bien réglée. L'opération a lieu le 4 août 1905. Le ventre ouvert, on constate une tumeur du fond de l'utérus, ce dont on se rend compte par le siège de l'in-

section des annexes. Diagnostic opératoire : fibrome du fond de l'utérus, mais non pédiculé. Etant donné l'âge de la malade, on se décide pour une myomectomie en faisant sur le fond de l'utérus une excision losangique un peu irrégulière dont un des angles atteint l'origine des annexes gauches qui sont enlevées. La suture est faite suivant la technique habituellement employée par le docteur Goullioud, c'est-à-dire avec surjets successifs, l'un de capitonnage, servant à l'hémostase, et un plus superficiel, séro-séreux, permettant un adossement parfait des tranches de section de l'utérus. Un drain a été placé par prudence. Les suites opératoires ont été simples, avec une température de 37°4 et 38°6 le lendemain de l'opération; 37°8 et 38°1 le deuxième jour; 37°7 et 37°8 le quatrième jour; pouls à 104 le premier soir. Drain enlevé le quatrième jour.

27 avril 1907. — Deux ans après l'intervention, la malade vient se montrer et on peut estimer le résultat comme excellent. L'opérée dit qu'en effet elle peut travailler comme avant le début de sa maladie. Les règles sont faibles, durant deux jours au lieu de huit. A l'examen local, on trouve un utérus de volume normal. Elle a un projet de mariage.

28 avril 1910. — Cinq ans après l'opération, le docteur Goullioud reçoit des nouvelles par la mère de l'opérée; il apprend ainsi que la jeune fille s'est mariée peu après la dernière visite, et qu'elle a eu deux accouchements, qui ont été tellement faciles, n'ayant duré que quelques heures, qu'on a eu à peine le temps d'aller chercher la sage-femme.

29 août 1913. — La malade vient présenter sa famille au docteur Goullioud; aux deux enfants précédents s'est ajoutée une petite fille de dix mois, tous en bonne santé.

L'examen de la mère montre un utérus de volume normal, en position normale. Cicatrice de la paroi abdominale excellente; ne porte aucune ceinture.

Août 1914. — Attend son quatrième enfant.

11 juillet 1918. — Naissance d'un cinquième enfant.

Cet enfant est mort deux mois après. Malheureusement, cette femme est veuve de guerre. Son mari est mort peu avant la naissance du cinquième enfant.

22 juin 1922. — Vient consulter pour des palpitations. Elle a actuellement quatre enfants bien portants. Agée de 42 ans, elle présente des règles un peu irrégulières, mais pas d'hémorragie; utérus petit, mais en rétroversion. La cicatrice abdominale est parfaite. La malade ne présente qu'une chose anormale : de la tachycardie, avec un pouls à 120 sans tremblement, exophthalmie et ni goitre ou albuminurie.

OBSERVATION XIII (Obs. de BENOIT-GONIN complétée)

*Fibrome interstitiel de la paroi antérieure. Myomectomie.  
Grossesse à terme.*

Mme Marie R., 30 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 23 février 1903, pour tumeur abdominale.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant, mère atteinte de goitre, avec accès dyspnéiques; quatre frères et une sœur bien portants; un frère mort à 24 ans de phthisie pulmonaire.

*Antécédents personnels.* — Pas d'affections graves antérieures; réglée à 15 ans, régulièrement. Mariée à 26 ans; mari alcoolique (qui présentait des accès de delirium tremens?). A 27 ans, après dix mois de mariage, une fausse-couche de quatre mois et demi, sans complication. A 29 ans, un enfant, actuellement bien portant; accouchement normal et à terme à la Maternité de Lyon, au cours duquel on aurait constaté l'existence d'un fibrome; à la suite, les règles se sont rétablies, mais abondantes et durant huit jours; à son entrée dans le service du docteur Goullioud, on constate la présence d'une tumeur résistante, arrondie, mobile, indolore, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; au toucher vaginal, le col est en arrière, les culs-de-sac sont libres, les annexes non perçues et la tumeur inaccessible. Cœur : 0; poumons : 0; urines : 0.

25 février. — Intervention : anesthésie très pénible. Le mari étant alcoolique, la femme a dû suivre son exemple. La-

parotomie sous-ombilicale : diagnostic opératoire, fibrome interstitiel de la paroi antérieure; incision de l'utérus sur la tumeur; plan de clivage rapidement trouvé et décortication facile. Suture : capitonnage au catgut Repin intra-cavitaire; suture de la paroi utérine au chromique. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Le myome enlevé, du poids de 150 grammes, a le volume de deux poings d'adulte.

Les suites opératoires furent un peu compliquées : le lendemain de l'intervention, température à 39°3 le matin, 39°6 le soir, avec pouls à 120, et la malade présente un léger suintement sanguin vaginal; les jours suivants, la température et le pouls baissent régulièrement et lentement; l'écoulement vaginal disparaît le quatrième jour.

8 mars. — La température, qui était le matin à 37°8, monte le soir à 38°2; on sent dans la fosse iliaque droite un plastron remontant à trois doigts de l'épine iliaque et qui simulerait un plastron d'appendicite; il s'agit probablement d'un hématome. Ablation des fils, bonne suture.

10 avril 1903. — La malade a présenté de la température jusqu'à la fin du mois de mars; elle sort de l'hôpital après dix jours d'apyrexie absolue.

29 mai 1903. — La malade vient à la consultation; au niveau des annexes du côté droit, il y a une tuméfaction grosse comme un œuf, mobile avec l'utérus, tout en étant distinct, reste de l'hématocèle indiquée. En résumé, bon résultat. La malade, prétendant avoir un peu d'œdème des mains et des pieds, sera à surveiller au point de vue de ses urines, après ses règles.

6 juillet 1903. — La malade va bien; hématome à peu près résorbé.

1<sup>er</sup> février 1904. — Se plaint de souffrir un peu dans le ventre quand elle veut piquer à la machine. L'utérus est d'un volume normal en bonne position; un peu d'épaississement de la corne droite; le résultat de la myomectomie est donc bon; comme il y a eu un peu de glissement de la paroi postérieure du vagin, on met une petite boucle en berceau.

9 mai 1904. — Vient à Lyon en promenade, ayant un retard

de règles de huit jours; tout à coup, malaises, coliques et petites pertes; l'utérus étant un peu gros, le docteur Goul-lioud conseille à la malade de rester à l'hôpital Saint-Joseph, mais le mari, gris, ne comprend rien et l'emmène.

19 octobre 1908. — La malade vient se montrer, parce que les deux ou trois dernières règles ont été douloureuses; elles durent quatre jours, mais n'ont rien d'exagéré comme intensité; l'utérus, un peu augmenté de volume, remonte à trois doigts de l'ombilic.

3 mai 1909. — L'utérus présente un volume normal et en bonne situation; vient se montrer parce qu'elle a peur d'avoir contracté quelque chose de son mari qui a un écoulement.

La malade devient enceinte en 1911 et rentre, le 10 octobre 1911 dans le service du docteur Commandeur, qui a eu l'obligeance de nous communiquer son observation.

Dernières règles du 9 au 12 janvier; premiers mouvements actifs perçus vers la fin mai; vomissements matinaux au début de la grossesse; pertes blanches pendant toute sa durée; pas d'albumine dans les urines; à son entrée, utérus légèrement dévié à droite, ventre cordiforme; hauteur du fond, 33 centimètres; tension des parois, souples; tête mobile; bruits du cœur normaux, perçus à droite.

10 octobre. — On constate un utérus à fond large, étalé, avec amincissement notable de la corne utérine gauche qui, au moment des contractions, fait une saillie rénittente du volume d'une grosse tête fœtale, et qui se distingue du reste de l'utérus par un léger sillon; sur la paroi antérieure au-dessus de l'ombilic et un peu à droite, on sent comme un épaissement de la paroi qui paraît être un fibrome et siégerait dans la corne utérine droite; tête dans la fosse iliaque gauche; dos en arrière avec les petites parties fœtales très facilement perceptibles dans la région avoisinant l'ombilic. Au toucher, le col est élevé, très ramolli, dévié à droite; en arrière et très haut, on sent une masse arrondie faisant peu saillie dans le cul-de-sac postérieur, un peu mollassse et qui pourrait être un fibrome.

12 octobre. — Cette disposition semble avoir été donnée

par une contraction passagère de l'utérus; tête dans la fosse iliaque gauche; bruits du cœur entendus à droite.

16 octobre. — HU : 29 centimètres; présentation transversale.

26 novembre. — HU : 32 centimètres; tête dans la fosse iliaque gauche, aucune partie fœtale n'est engagée; bruits du cœur perçus à droite; dans l'hypocondre droit, on a l'impression d'un siège; il est impossible de trouver une petite partie fœtale, ni de ballotement céphalique; utérus cordiforme.

29 novembre. — Présentation céphalique en O. I. G. T.; la tête tend à se fixer en attitude intermédiaire.

5 décembre. — A 2 heures du matin, la malade accuse les premières douleurs qui surviennent toutes les vingt minutes; à 8 h. 30, elles deviennent plus fréquentes, toutes les cinq minutes, et on conduit la malade à la salle de travail; l'examen montre au détroit supérieur une tête en déflexion en M. I. D. P.; les bruits du cœur sont réguliers; le col est épais, dilaté à 3 centimètres.

Les contractions apparaissent toutes les trois minutes; à 10 h. 45, la présentation de la face est fixée au détroit supérieur; à 2 heures, les contractions deviennent expulsives; au toucher, on constate que la dilatation est à peu près complète et on rompt artificiellement les membranes; le liquide qui s'écoule est verdâtre, peu abondant; les contractions s'espacent et n'apparaissent que toutes les six minutes; la malade pousse mal; à 2 h. 55, la vulve s'entr'ouvre, le périnée bombe, et l'on aperçoit une joue; la rotation est effectuée à 3 heures et le menton se fixe sous la symphyse; à ce moment, les bruits du cœur faiblissent, sont comptés à 112 et on voit s'écouler du liquide amniotique purée de pois. On fait du Kristeller et le dégagement se fait sans incident. L'enfant, du sexe masculin, né en asphyxie bleue, est ranimé après dix minutes par un bain chaud, frictions à l'alcool camphré, respiration artificielle; il pèse 3 kg. 750. La délivrance survient quinze minutes après, le placenta survenant par sa face fœtale complet, ainsi que les membranes.

La malade a présenté une température élevée jusqu'au neu-

vième jour, attribuée à la constipation. Le dixième jour, elle revient à la normale jusqu'au dix-septième jour, date à laquelle la malade quitte le service dans un état satisfaisant.

4 juillet 1913. — Vue par le docteur Goullioud. Enfants bien portants. Règles durant trois jours, le premier jour perd peu, le deuxième davantage, le troisième peu; règles moins abondantes qu'à 20 ans, naturellement moins abondantes qu'avant l'opération, mais aussi abondantes qu'avant la dernière grossesse. Utérus volumineux, comme à trois mois de grossesse à peu près, allongé verticalement en bonne position, remontant à quatre doigts au-dessus du pubis sans saillie fibromateuse appréciable. Bonne cicatrice abdominale qui n'a pas lâché; ventre un peu gros de femme grasse.

Février 1914. — Vient se montrer pour des malaises insignifiants; les règles sont faibles et durent trois jours.

10 août 1917. — Utérus bien; mais des jambes énormes, disque important d'albumine; femme peut-être alcoolique comme son mari.

#### OBSERVATION XIV (Obs. de BENOIT-GONIN complétée)

*Grossesse après myomectomie. Récidive après 22 ans.*

*Curiethérapie.*

Mlle F..., 27 ans, brodeuse, rentre à l'hôpital Saint-Joseph, de Lyon, sur les conseils du docteur Durand, de Charly, le 20 mars 1901. Depuis trois mois, elle a vu son ventre grossir rapidement sans souffrances et sans troubles du côté de ses règles qui sont restées normales. Son ventre présente le volume d'une grossesse de sept mois et laisse sentir à la palpation une grosse masse dure, lobulée, développée surtout à gauche et remontant à l'épigastre, assez mobile. Le toucher vaginal montre l'utérus refoulé à droite et l'excavation remplies par la tumeur.

23 mars 1901. — Laparotomie : on tombe sur une énorme tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus sur sa

face postérieure, présentant des adhérences filamenteuses et vasculaires avec le gros intestin. Incision circulaire **sur le** pourtour du fond de l'utérus et de la tumeur que l'on isole ainsi par énucléation dans sa partie pédiculisante; les surfaces de section sont très vasculaires et nécessitent une hémostase soignée. On procède ensuite au capitonnage de la tranche utérine par deux surjets au catgut Repin, dont le premier est uniquement musculaire et dont le second prend la séreuse en même temps. On fait un troisième surjet séro-séreux destiné à enfouir la ligne de suture précédente dans un repli du péritoine. A la fin de l'intervention, on fait de l'hémostase au niveau des adhérences libérées qui suintent un peu et on enlève également quatre petits noyaux fibromateux sous-séreux. Le ventre est refermé par trois plans de suture sans drainage. Le poids de la tumeur enlevée est de 2 kg. 500. Le docteur Goullioud pense qu'il s'agit probablement d'un simple fibrome; cependant, vu l'aspect un peu spécial de la tumeur et son développement très rapide, il fait une réserve pour un fibro-sarcome. Comme c'est en plein tissu utérin que s'est faite la décortication, car il n'y avait pas de plan de clivage, il faudra surveiller cette malade et faire une hystérectomie totale en cas de récurrence. C'est l'âge de la malade seulement qui a indiqué l'opération conservatrice.

Les suites furent simples : la température n'atteignit pas 38° et la malade partit guérie vingt jours après l'intervention.

4 décembre 1903. — Résultat remarquable : pas de récurrence; utérus plutôt petit pour une aussi forte femme en bonne position. Règles régulières durant quatre jours non exagérées. Etat général très bon; demande si elle pourrait se marier.

20 septembre 1913. — La malade s'est mariée et a eu en 1906 une grossesse absolument normale terminée par un accouchement facile et spontané qui donna naissance à un garçon bien constitué et actuellement bien portant; la délivrance se fit sans incident ni hémorragie, et depuis lors, l'état général et génital de la malade est resté excellent.

5 septembre 1922. — Mme P.. vient me consulter pour des pertes assez abondantes depuis deux ans, dit-elle.

« Jeune fille après mon opération, je ne perdais pas beaucoup. » Elle s'est beaucoup fatiguée pendant la guerre.

Je constate la récurrence de son fibrome, un peu irrégulier, du volume d'une grossesse de quatre mois, femme un peu pâlie par ses pertes.

18 octobre 1922. — Opération dans une clinique. Cathétérisme de 12 centimètres. Application de deux tubes de radium, soit 120 milligrammes pendant vingt-quatre heures, et ablation d'un petit polype du col.

27 novembre 1922. — Mme P.. va très bien; elle a eu vingt-deux ans de vie génitale normale, après myomectomie, avec possibilité de se marier et d'avoir un enfant.

#### OBSERVATION XV (Obs. de BENOIT-GONIN, complétée)

##### *Myomectomie. Deux grossesses ultérieures. Hystérectomie pour récurrence.*

Mme R... Marie Louise, 27 ans, ouvrière en soie, rentre le 12 septembre 1904 à l'hôpital Saint-Joseph.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 34 ans du choléra; mère morte à 36 de méningite; trois sœurs bien portantes, une sœur morte en bas-âge.

*Antécédents personnels.* — Régée à 14 ans; règles régulières, abondantes et douloureuses. Mariée à 22 ans; mari bien portant. Pas d'enfants; une fausse-couche à 25 ans de six mois et demi, qu'elle attribue à un emploi exagéré de « calmants » pour une névralgie faciale qui dura un mois. L'affection actuelle semble avoir débuté à la suite de la fausse-couche par des douleurs abdominales peu intenses, s'irradiant dans les lombes et la face interne des cuisses; quelques troubles vésicaux; les dernières règles ont été très abondantes et très douloureuses. Le palper abdominal combiné au

toucher montre un col légèrement entr'ouvert, non ramolli, de consistance normale, déjeté à gauche; le corps utérin est dur, gros comme un utérus gravide de trois mois et demi, fixé; on ne sent pas de fibrome isolé. Le toucher rectal indique de même un utérus fixé, globuleux, semblant enclavé dans le bassin; on ne sent pas de lésions annexielles. Pas de température. Poumons : 0; cœur : 0.

21 septembre 1904. — Laparotomie par le docteur Goullioud. L'utérus apparaît gros, couvert de bosselures, complètement enclavé dans le bassin, difficile à amener au dehors. Néanmoins, on tente une myomectomie qui, de prime abord, sera difficile. On commence par un myome de la face antérieure : incision verticale sur la ligne médiane permettant de trouver facilement un plan de clivage, énucléation du myome suivie du capitonnage de la plaie par deux plans de suture avec du catgut Repin fort. On répète la même manœuvre sur la face postérieure, on fait saillir un noyau du volume d'une mandarine; pendant l'incision, faite de manière à circonscrire en outre un autre petit noyau superficiel, il s'écoule un liquide puriforme venant du tissu de la tumeur beaucoup plus molle que la précédente; elle se laisse énucléer assez facilement et la paroi utérine est fermée par deux plans de suture avec du catgut Repin suivis d'une suture superficielle ou chronique. Après réduction de l'utérus dans le petit bassin, pas d'hémorragie. On laisse une mèche de gaze iodoformée sur la face postérieure de l'utérus et on referme la paroi abdominale par un triple plan de suture. Le poids des myomes enlevés est de 212 grammes. Celui de la face antérieure présente à la section un tissu rougeâtre comme de la viande à peine cuite. L'autre est rempli d'un liquide épais verdâtre, puriforme, contenu dans les mailles d'un tissu fibreux se laissant facilement déchirer.

Les suites opératoires furent compliquées.

22 septembre. — Pouls à 120; température à 38°2 le soir, souffre un peu du ventre; oppression légère; pas d'émission de gaz; urine spontanément; pas de ballonnement; léger suintement au niveau de la plaie; facies assez bon.

23 septembre. — La température se maintient à 38°2, pouls

à 116. Une purgation n'ayant pas donné de résultat, est complétée par un lavement purgatif qui amène une émission de gaz et une selle abondante. A eu quelques nausées, sans vomissements.

24 septembre. — On enlève la mèche abdominale; il s'écoule une certaine quantité de sang; l'état général est bon.

25 septembre. — Petits frissons, céphalée, température à 39°2. Ces symptômes semblent se rattacher à une indisposition passagère (rhume). Ne souffre pas de l'abdomen.

28 septembre. — La malade a bon aspect; la plaie va bien et ne présente pas de suppuration; la température reste cependant élevée au-dessus de 38° et est mise sur le compte de la résorption intra-utérine.

4 octobre. — La malade se plaint de mictions fréquentes et douloureuses; les urines contiennent du pus; lavages bori-qués quotidiens.

13 octobre. — Il persiste sur la ligne de suture une petite plaie non cicatrisée, présentant un suintement purulent très léger.

16 octobre. — La malade part avec une température atteignant encore le soir 37°6 ou 37°8.

1 janvier 1905. — Rentrée chez elle, la malade a présenté au niveau de l'orifice de la mèche une petite suppuration par laquelle s'élimine du catgut. L'utérus est en bonne position.

29 mai 1905. — La malade raconte que l'élimination du fil de catgut chromique a duré six mois. Elle vient à la consultation en se plaignant de douleurs au bas de l'épine dorsale quand elle se relève. L'utérus, d'un volume tout à fait normal, est en bonne position.

9 mars 1906. — La malade venant à Lyon pour affaires se présente à la consultation; l'état général est bon; ne souffre pas, peut faire son ménage, mais ne travaille plus à l'usine. La malade qui, habituellement, a repris des règles régulières durant environ quatre jours, non fortes, se présente avec un retard de huit jours. Le docteur Goullioud pense à une grossesse possible, mais le toucher vaginal est un peu déconcer-

tant : l'utérus est refoulé à droite par une tuméfaction accolée à la corne gauche, ni très dure, ni très molle, et de même volume sensiblement que l'utérus dont le volume est normal. Peut-être s'agit-il d'une grossesse ectopique.

30 avril 1916. — Vient à la consultation. La grossesse utérine se développe normalement; premier jour des dernières règles, le 5 ou 6 février. L'utérus est bien développé et les symptômes notés lors de la dernière visite sont probablement dus à des adhérences à gauche.

1<sup>er</sup> novembre 1906. — Lettre de la malade annonçant le maintien de la grossesse.

5 novembre 1906. — L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier; présentation du sommet qui plonge dans l'excavation, donc pas de sténose. Bonne ligne de suture, pas d'albumine.

19 novembre 1906. — Accouchement spontané, sans incident.

14 novembre 1912. — La malade a eu un deuxième enfant, avec accouchement normal par le docteur Tête, de Voiron. Actuellement, les règles sont douloureuses et abondantes. On sent un utérus de forme irrégulière dont le fond remonte à trois ou quatre doigts au-dessus du pubis. Il semble qu'il y ait sur le côté droit un fibrome du volume d'une orange; le fond fait saillie sous la paroi abdominale et l'on se demande s'il n'est pas fixé à ce niveau. On prescrit *hydrastis canadensis* et ergotine.

27 janvier 1913. — Vient à la consultation parce que ses règles, bien que régulières, sont trop abondantes. A l'examen, on reconnaît la présence d'un fibrome remontant à trois doigts au-dessous de l'ombilic. La cicatrice n'a pas donné lieu à une éventration, mais il faut dire que le fibrome est plaqué contre la paroi abdominale à la partie inférieure de la ligne de suture, empêchant ainsi l'éventration au niveau de l'ancien point de drainage. Le fibrome est gros comme un fœtus de trois à quatre mois, développé surtout à gauche et sur la ligne médiane; à droite, on sent également une petite masse. Les pertes, quoique considérables, n'ont pas anémié la malade. On propose une hystérectomie.

18 avril 1913. — Intervention par le docteur Goullioud. Excision de l'ancienne cicatrice et ouverture du péritoine; on trouve l'anse sigmoïde fortement adhérente à l'utérus fibromateux; la dissection de ces adhérences est pénible et difficile; on déchire la tunique musculaire du gros intestin qu'on répare sur place avec des points au fil de lin; finalement, un plan de clivage permet la séparation. On fait alors une hystérectomie abdominale totale sans incident. Fermeture de la paroi avec trois plans de suture. Suites simples.

*Examen de la pièce.* — La pièce enlevée, du poids de 1 kg. 200 comprend l'utérus avec les tumeurs développées à ses dépens et les annexes. Cathétérisme de la cavité utérine : 11 centimètres à l'hystéromètre. Vu extérieurement, on constate que les néoformations se sont développées surtout aux dépens des parties latérales. Sur la face antérieure, on voit une dépression linéaire qui correspond à l'incision faite lors de la première intervention pour le fibrome de la paroi antérieure. Sur la face postérieure, on voit également la cicatrice de l'ancienne incision, mais avec, en plus, des résidus de fils chromiques employés pour les sutures, et qui apparaissent sous forme de petits points verdâtres, symétriquement disposés. Du côté gauche, les annexes sont relativement saines et non adhérentes, quoique déviées par les tumeurs. Du côté droit, on constate une adhérence marquée et une déviation de la trompe et de l'ovaire, telle que le pavillon est venu adhérer à l'utérus, au voisinage de l'isthme.

A la section de l'utérus, sur la face antérieure, on voit que la cavité utérine, est très augmentée de volume et qu'à son intérieur vient faire saillie un noyau développé dans l'épaisseur de la paroi gauche; incisées, on constate que ces néo-productions sont formées de masses assez régulièrement arrondies, très facilement énucléables, de consistance ferme, de couleur blanc rosé, montrant la disposition des faisceaux de fibres en tourbillons des myomes typiques. La plus volumineuse de ces masses est située sur le bord gauche de l'utérus. Sur le bord droit, on note également la présence de deux myomes, mais dont l'un est devenu sous-péritonéal, occupant l'épaisseur du ligament large.

*Examens histologiques :*

1° *Coupe au niveau de l'ancienne myomectomie.* — Au niveau de la cicatrice on distingue des faisceaux musculaires abondants, entremêlés de quelques faisceaux de tissu conjonctif jeune. A côté, on retrouve le tissu musculaire normal.

2° *Coupe du fibrome.* — Aspect de fibromyome typique.

3° *Coupe de l'ovaire.* — Il s'agit d'un ovaire largement sclérosé.

La malade, très contente d'avoir eu deux enfants, n'a pas tenu rigueur à son chirurgien de l'avoir exposée à une deuxième intervention.

27 février 1918. — Après son opération a eu un très mauvais moral pendant 6 mois. Son mari l'a trouvé plusieurs fois étendue à terre, sans qu'elle sut où elle était. « Des frayeurs terribles, des étourdissements, dans un triste état ».

Actuellement, elle souffre des reins, se plaint de vapeurs.

A l'examen on ne constate qu'une ptose du rein droit.

Elle reconnaît avoir toujours été très nerveuse.

Elle est très heureuse des deux fillettes qu'elle a eu entre ses deux opérations, après myomectomie.

De ces observations, nous pouvons tirer l'étude clinique suivante, concernant la fréquence de la grossesse, son évolution, l'accouchement et les suites de couche.

1° FRÉQUENCE DES GROSSESSES APRÈS

LA MYOMECTOMIE

D'après Benoît-Gonin, Zwidel, dans sa thèse de Paris, 1900, sur 562 opérées trouve 18 grossesses ultérieures, c'est-à-dire 3,2 o/o. Winter, dans sa statistique de 1914, publiée d'après un nombre de cas restreint, ce qui fait qu'il ne lui accorde lui-même que

peu de valeur, donne une proportion de 18 à 20 o/o, chez les femmes au-dessous de 40 ans. Landau, en 1910, vit deux grossesses sur 50 énucléations. Ott, cité par Martin, de Berlin, donne une proportion de 9,5 o/o, chez les femmes, qui d'après leur âge et leur situation, pouvaient encore avoir des grossesses.

M. Goullioud, en 1913, sur 74 myomectomies a vu 5 de ses opérées, c'est-à-dire 8 o/o, devenir enceintes, c'est peu, mais 34 étaient célibataires, il restait donc 40 femmes mariées avec 5 cas de fécondation, c'est-à-dire 12 o/o ; enfin, dans ces dernières, 14 avaient dépassé 40 ans, âge où les conceptions sont rares. (Statistique de Benoît-Gonin.)

Il ne restait donc en réalité que 26 femmes dont 5 furent fécondées, c'est-à-dire 20 o/o.

Actuellement notre statistique s'est encore un peu améliorée.

Sur les 118 observations de M. Goullioud, nous en avons 43 appartenant à des célibataires et 75 à des femmes mariées, dont 16 au-dessus de 40 ans. Si on enlève de ce chiffre global : les célibataires, les 4 cas de décès post-opératoires et les 16 femmes ayant dépassé 40 ans, il nous reste, pour 55 myomectomies, 15 grossesses, soit 27 o/o.

Mais, ces chiffres sont évidemment relatifs, et, comme toutes statistiques, sujets à critiques, car, ces résultats peuvent être proportionnés aux choix des cas, à l'âge des malades, à la technique opératoire, etc., nous y reviendrons à la fin de cette étude.

Nous devons insister sur un facteur de stérilité relative : c'est la volonté des époux. Il n'est pas douteux,

qu'un certain nombre ont évité la grossesse pour les motifs qui sont la cause générale de notre faible natalité et aussi par la crainte qu'une grossesse survenant après l'opération expose la femme à plus de risques. Il faut expliquer aux intéressés qu'il n'en est rien et qu'il n'y a *pas de dystocie spéciale attachée à la myomectomie*.

## 2° MULTIPLICITÉ DES GROSSESSES

On doit signaler aussi l'existence de grossesses successives ayant suivi la myomectomie :

*Mlle P...*, obs. V, eut un premier bébé mal conformé, puis un second venu à terme, bien conformé, après une grossesse et un accouchement normaux.

*Mme G...*, obs. VII, a une grossesse, un an après sa myomectomie, suivie d'une fausse-couche au troisième mois, puis d'une nouvelle grossesse menée à terme.

*Mme X...*, obs. XII, eut 5 enfants après avoir été opérée pour un fibrome du fond remontant au-dessus de l'ombilic.

*Mme R...*, obs. XV, eut deux grossesses.

Il est probable qu'une plus longue observation permettra d'avoir de plus nombreux cas de grossesses multiples.

On peut citer encore un cas du Professeur A. Pollosson (obs. I, de Benoît-Gonin), suivi de deux accouchements normaux, trois cas de Témoin (obs. IV, VI, VII, de Benoît-Gonin) suivis de deux grossesses.

Mayo cite, in *Journal of the American Med. Assoc.*, de juin 1920, douze cas de femmes ayant donné chacune le jour à deux enfants.

### 3° EVOLUTION DE LA GROSSESSE

L'évolution normale, la plus favorable, est aussi la plus fréquente. On a discuté beaucoup la fréquence des avortements chez les myomectomisées, mais il semble que ces incidents ne soient pas attribuables, dans la majorité des cas, à la myomectomie.

Quelques-uns sont accidentels, d'autres coïncident peut-être avec des récidives (obs. XI), ou toutes autres causes communes, la syphilis par exemple.

Les observations de M. Goullioud, de Didier et Hidden, montrent que l'utérus tolère parfaitement la présence d'un œuf dans sa cavité malgré l'étendue et la multiplicité des incisions et malgré l'ouverture possible de la cavité utérine.

En utilisant les cas de M. Goullioud et ceux de la littérature médicale, Benoît-Gonin avait réuni 99 cas de femmes enceintes après des myomectomies abdominales. La grossesse avait évolué en général sans incident grave : 115 conceptions ont donné 100 grossesses à terme, 20 avortements et 5 accouchements prématurés. M. Goullioud a observé plusieurs cas nouveaux de grossesse sans que cependant ces cas nouveaux aient modifié les conclusions et les statistiques de Benoît-Gonin.

L'avortement, comme l'accouchement prématuré,

sont donc rares et l'évolution jusqu'à terme ou au voisinage du terme est la règle.

Quant au placenta prævia (obs. VIII), il est l'exception et n'est pas plus fréquent chez les opérées que dans la clientèle hospitalière habituelle.

## B. — ACCOUCHEMENTS APRES MYOMECTOMIE

Après une évolution normale, la grossesse se termine généralement par un accouchement normal et son étude n'a guère de particularités qui méritent d'être signalées.

PRÉSENTATION. — Sur 100 accouchements, on trouve 96 présentations céphaliques normales, trois sièges et une présentation de la face (obs XIII, accouchement dans le service de M. le Professeur Commandeur).

LE TRAVAIL. — Mais, si la cicatrice utérine n'a probablement pas d'influence réelle, comme semblent l'indiquer les observations, sur les contractions utérines il ne faut pas oublier, que les *myomectomisées* sont des *primipares âgées* chez qui le travail est plus lent et il ne faudra pas craindre de patienter longtemps.

Le Professeur Konwer (*Revue mensuelle d'Obstétrique et de Gynécologie*, juillet-septembre, 1917, p. 205), dit : « La durée du travail augmente avec l'âge de la primipare et cela à cause d'une diminution des contractions.

Ce phénomène est probablement la conséquence de l'affaiblissement fonctionnel de tous les organes, y compris les glandes endocrines agissant sur l'utérus,

que régissent les modifications de la grossesse. Cet affaiblissement serait lui-même la conséquence du retard apporté par l'abstinence, au développement physiologique de l'organisme féminin.

Cette hypothèse semble renforcée par l'augmentation de la fréquence de l'inertie, de l'albuminurie gravidique, de l'éclampsie à partir de l'âge de 24 ans.

*La grève gravidique* pendant 6 à 7 ans (temps entre les premières règles et le premier accouchement), range déjà la primipare de 24 ans parmi les primipares âgées. »

Nous n'irons pas si loin que le Professeur Konwer, mais nous croyons qu'on fera bien de conseiller aux myomectomisées âgées de venir accoucher, au moins pour un premier accouchement, près d'un centre obstétrical ou même dans une maternité (obs. X).

La rupture utérine, que nous n'avons jamais observée, et dont Benoît-Gonin signale trois cas trouvés dans la littérature médicale, est fonction de l'imperfection de la cicatrisation, mais on ne peut dire qu'elle soit en rapport avec l'ouverture de la cavité utérine, ni avec le nombre des incisions pratiquées. Il semble qu'elle doit être contemporaine du début du travail. Mais, la zone cicatrisée présente, le plus souvent une épaisseur et une solidité suffisantes pour assurer sans aucun danger de nouvelles gestations et de nouvelles parturitions.

Quoiqu'il en soit, si la rupture utérine est une éventualité rare, il n'en pas moins vrai que la cicatrice utérine est un lieu de moindre résistance qui devra attirer tous les soins du gynécologue au moment de

l'intervention et toute l'attention de l'accoucheur au moment de la gestation.

#### C. — SUITES DE COUCHES APRES MYOMECTIONIE

- Les délivrances, comme les suites de couches sont, en général, des plus simples. On signale cependant le cas d'une délivrance manuelle nécessitée par des adhérences et quelques métrites hémorragiques facilement guéries par le curetage.
-

### CHAPITRE III

---

#### **Suites éloignées chez des opérées suivies dix ans environ.**

---

##### **A. — CONSERVATION DES RÉSULTATS IMMÉDIATS OU CAS DE NON RÉCIDIVE.**

##### *Observations résumées.*

OBS. XVI. — Mlle A., 35 ans, fibrome pédiculé du fond de l'utérus, règles douloureuses, accidents de torsion, troubles de la miction, leucorrhée douloureuse. Myomectomie en 1911, fibrome de 3,200 gr., sphacélé.

20 avril 1914. — Malade allant bien, réglée normalement.

20 novembre 1920. — Règles régulières (2 jours) non douloureuses, va très bien malgré un travail pénible.

OBS. XVII. — Mme A., 39 ans, mariée à 18 ans, un accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort, 2 enfants vivants. Fibromes pédiculés et interstitiels, douleurs abdominales et lombaires, menstruations douloureuses.

11 avril 1910. — Myomectomie : énucléation de 12 fibromes (noisette à orange) du poids de 845 gr.

6 octobre 1913. — Troubles digestifs et quelques accidents nerveux, réglée normalement sans souffrance.

12 janvier 1920. — Ménopause.

OBS. XVIII. — Mme B... C..., 34 ans, mariée, 23 ans, deux enfants, le dernier à six ans, pas de fausse couche. Fibrome sous-muqueux. Ménorragies depuis 3 ans, métrorragies et leucorrhée, anémie (souffle).

4 juin 1907. — Myomectomie : fibrome de 240 gr. et kyste de l'ovaire droit.

Septembre 1907. — Règles moins abondantes qu'avant l'opération (3 ou 4 jours). Mari évitant la grossesse.

8 février 1917. — Règles normales, va bien malgré quelques malaises nerveux.

30 octobre 1921. — Mme B... est très bien portante ; ménopause depuis 3 mois à 48 ans.

OBS. XIX. — Mme B..., 35 ans, mariée à 18 ans, dernier enfant il y a 15 ans, pas de fausse-couche, menstruations abondantes durant huit jours, leucorrhée.

12 mai 1905. — Myomectomie : fibrome de 865 gr.

31 juillet. — La malade revient à la consultation, allant bien.

7 mai 1906. — Utérus petit, cathétérisme 8 cm. 5 malgré la petitesse apparente de l'utérus, règles normales (3 jours).

13 mai 1907. — Résultats maintenus.

Septembre 1912. — Va bien.

OBS. XX. — Mlle B... J..., 32 ans, fausse-couche à 16 ans de trois mois et demi, règles irrégulières et abondantes.

25 avril 1902. — Myomectomie : fibrome de 750 gr.

13 juillet 1913. — La malade va bien, petit utérus incliné en arrière, règles durant trois jours, quelques malaises sans importance.

4 juillet 1916. — Arrivée à la ménopause sans incidents.

OBS. XXI. — Mlle B., 38 ans, douleurs constantes avec irradiations dans les cuisses, souffre dans toutes les positions et surtout au moment des règles, pas de dysménorrhée, ovaralgie, troubles de la miction.

Myomectomie en 1911 : fibrome de la grosseur d'une noix. 1920 ; réglée normalement jusqu'à la ménopause.

OBS. XXII. — Mme B... M..., 30 ans, mariée à 26 ans, un enfant vivant, pas de fausse-couche, souffre du ventre depuis trois ans (date de son accouchement).

9 septembre 1899. — Myomectomie : fibrome de la grosseur d'un œuf de poule.

30 septembre 1901. — Régulée régulièrement tous les mois durant quatre ou cinq jours moins abondamment qu'autrefois, utérus à 3 doigts au-dessus du pubis.

10 janvier 1906. — Se plaint de lombalgie.

3 décembre 1906. — Santé florissante, quelques caillots dans le sang des règles. Rein droit, ptose n° 2.

30 décembre 1912. — Malade allant bien au point de vue gynécologique.

1918. — Pas de grossesse, ménopause à 50 ans sans incidents, pas de récurrence.

OBS. XXIII. — Mlle B... B..., 28 ans, pas de métrorrhagie, ni de ménorrhagie, mais douleurs dans la fosse iliaque gauche.

24 juin 1905. — Myomectomie : fibrome de 1.740 gr.

22 novembre 1921. — Parfaite santé depuis l'opération.

OBS. XXIV. — Mme C... M..., 40 ans, mariée à 32 ans, pas de fausse-couche, réglée irrégulièrement (tous les quinze jours ou tous les deux mois), douleurs lombaires, pollakiurie.

1906. — Myomectomie : fibrome du volume d'une mandarine.

10 octobre 1919. — Régulée irrégulièrement (absence pendant dix mois), pendant huit jours assez abondamment.

1921. — Pas de récurrence, quelques troubles digestifs.

OBS. XXV. — Mlle R..., âgée de 35 ans, vers 25 ans ses règles sont douloureuses, plus abondantes et durent dix à quinze jours, douleurs dans l'abdomen et les lombes.

13 octobre 1905. — Les symptômes douloureux se sont amoindris, les règles elles-mêmes ne durent que cinq ou six jours, restant très abondantes les deux premiers jours, leucorrhée. Utérus à 2 doigts de l'ombilic.

28 octobre. — Myomectomie.

8 novembre 1919. — Les pertes ont diminué d'intensité

dépuis la myomectomie, mais elles se renouvellent trois fois tous les deux mois. La malade souffre autant qu'avant : elle continue à se plaindre du bas-ventre et des lombes. Le toucher vaginal permet de sentir un utérus de volume normal.

13 novembre 1919. — On libère l'utérus de quelques adhérences et on enlève les annexes pour hâter la ménopause.

OBS. XXVI. — Mlle P..., 33 ans. Depuis deux ans règles plus abondantes, durant huit jours toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours, puis tous les huit jours.

23 juin 1910. — Utérus à quatre travers de doigts de l'ombilic. Myomectomie : fibrome de la grosseur d'une orange.

20 juillet. — Réapparition des règles.

26 septembre 1913. — Petit utérus de volume un peu moindre que celui d'une femme de son âge, toujours bien réglée, sans douleur, pendant trois jours à peine « ne perd pas le cinquième de ce qu'elle perdait jadis ». Beau cas de surinvolution.

18 mai 1914. — Pertes toujours modérées.

19 septembre 1919. — Même état.

25 novembre 1920. — Santé très bonne. « Mes règles sont à peu près régulières, bien moins abondantes qu'avant l'opération, elles durent environ trois jours pendant lesquels je ne souffre pas ».

OBS. XXVII. — Mme P... J..., 38 ans, mariée à     ans, deux enfants, pas de fausse-couche, le dernier enfant à 7 ans. Souffre au moment de ses menstruations depuis son dernier accouchement. Utérus à deux doigts de l'ombilic, du volume d'un utérus gravide de quatre mois et demi.

23 juin 1910. — Myomectomie : fibrome pédiculé de 850 gr.

Juillet 1921. — Vient se montrer à la consultation : règles irrégulières de trois jours de durée, quelques pertes blanches. Elle a un utérus de volume normal ; il s'agit simplement de troubles de la ménopause, pas de récidence de fibrome.

23 janvier 1922. — Arrivée à la ménopause sans incidents. Petit utérus de volume normal.

OBS. XXVIII. — Mlle D..., C., 35 ans, mariée à 25 ans, jamais d'enfant mais deux fausses-couches, la dernière cinq ans après son mariage. Crises de rétention aigue d'urine indiquant une intervention.

3 novembre 1905. — Myomectomie: tumeur fibreuse homogène de 860 gr.

28 juin 1913. — Etat général très bon, menstruations toutes les trois semaines, tous les quinze jours depuis un an.

1921. — Santé très bonne, pas de grossesse.

OBS. XXIX. — Mlle P..., 40 ans, menstruations douloureuses, dysurie à la moindre fatigue. « Dès qu'elle marche, la malade est obligée d'uriner toutes les cinq minutes ».

13 avril 1907. — Myomectomie : ablation d'un fibrome du volume d'une petite tête fœtale et de 13 autres petits fibromes. Poids : 1.400 gr.

27 juillet 1908. — Va très bien, pas de récurrence de fibrome, règles à peu près régulières tous les mois durant trois jours.

23 décembre 1921. — La malade va bien et est très contente de s'être faite opérée.

OBS. XXX. — Mme S..., 41 ans, mariée une première fois à 30 ans, veuve à 37, pas d'enfant ; remariée à 40 ans, pas d'enfant. Règles très douloureuses, ni ménorragie, ni métrorragie ; tumeur à quatre doigts au-dessus de l'ombilic.

10 septembre 1907. — Myomectomie : fibrome de 2.455 gr.

18 novembre 1921. — A atteint la ménopause à 48 ans sans incidents.

OBS. XXXI. — Mme G... ..., 38 ans, mariée à 22 ans, un enfant mort de bacillose, jamais de fausse-couche. Fibrome révélé il y a deux ans par une crise de rétention d'urine se renouvelant de temps en temps.

4 octobre 1908. — Myomectomie : il a été enlevé 39 petits fibromes du poids total de 260 gr.

7 février 1909. — Règles qui ont duré trois jours assez abondantes.

6 décembre 1920. — A passé la ménopause sans incidents, ses règles ont été très normales jusqu'au bout, pas de grossesse.

OBS. XXXII. — Mme M., C., 39 ans, mariée à 25 ans, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Cessation des règles il y a quatre mois, en décembre 1908. Lors de son entrée à l'hôpital, elle présente un utérus remontant à quatre doigts au-dessus de l'ombilic, et des vomissements qui font diagnostiquer une grossesse avec un gros fibrome.

18 avril 1910. — La malade a accouché le 23 novembre, forceps, enfant mort d'une entérite à 2 mois 1/2.

Actuellement : utérus gros à deux doigts de l'ombilic.

27 avril. — Myomectomie : fibrome du volume d'une tête de fœtus.

3 juillet 1913. — Malade allant bien, réglée régulièrement ; n'a eu ni grossesse, ni fausse-couche.

17 octobre 1913. — Règles régulières durant deux ou trois jours ; utérus en bonne position, de volume normal.

5 décembre 1920. — Pertes normales, pas de grossesse, bonne santé.

### ***Cas de grossesses non suivies de récurrence.***

OBS. IX (citée chapitre II). — Mme D., 36 ans, myomectomie le 10 mai 1905, fausse-couche de trois ou quatre mois en novembre 1921.

OBS. XII (citée chapitre II). — Mme X., 25 ans, myomectomie le 4 août 1905, a eu depuis cinq enfants.

OBS. XIII (citée chapitre II). — Mme R., 30 ans, myomectomie le 25 février 1903, a eu un enfant en 1911.

De ces observations, on peut tirer la conclusion que, dans la grande majorité des cas, les femmes sont restées guéries.

En général, le bénéfice qu'elles ont tiré de leur opération, et que nous avons étudié dans les suites immédiates, se prolonge.

Dans un grand nombre d'observations, M. Goul-

lioud a revu ses malades et constaté par l'examen local que l'utérus était resté de volume normal et qu'il n'y avait pas de récurrence. D'autre part, les opérées signalent que leurs règles sont restées faibles ou normales.

On ne trouve aucune observation faisant mention de troubles de compression.

Comme nous l'avons vu, un certain nombre sont devenues enceintes et beaucoup sont arrivées à la ménopause sans incident, c'est-à-dire à la guérison définitive.

Sur les 74 cas de myomectomie opérées, il y a plus de 10 ans et suivis pendant 10 ans environ, pour la plupart par M. Goullioud, et parmi les cas sans récurrence, nous n'en avons relevés que deux suivis d'accidents nerveux, un de troubles digestifs, un de trouble cardiaque (tachycardie), un de troubles ovariens ayant nécessité l'hystérectomie.

#### B. — CAS DE RÉCURRENCE.

OBS. XXXIII. — Mlle L..., 39 ans. Toute la symptomatologie chez cette malade se réduit à des crises de rétention aiguë d'urine dues à la présence d'un gros fibrome remontant à trois doigts au-dessous de l'ombilic.

18 octobre 1907. — Myomectomie : ablation de deux fibromes pesant ensemble 445 gr.

15 octobre 1915. — N'a plus consulté de médecin depuis son opération bien qu'elle urine encore un peu difficilement par moment. Régulée tous les vingt-cinq jours pendant trois jours, avec quelques douleurs le premier jour.

Utérus gros en rétroversion. Le long du bord gauche on sent une induration qui doit être un fibrome moins gros qu'un œuf ; donc résultat imparfait.

OBS. XXXIV. — Mme G..., 28 ans, mariée à 27 ans, a eu un enfant né à 7 mois, il y a quatre mois, et bien portant.

Pas de symptôme, si ce n'est tumeur remontant à trois doigts au-dessus du pubis.

8 décembre 1905. — Myomectomie: fibro-myome de 350 gr. On a aperçu 1 ou 2 noyaux sous-muqueux mais, craignant l'infection et pour conserver l'utérus, on les laisse, prévoyant une récurrence.

2 mai 1908. — On a de bonnes nouvelles de la malade.

27 avril 1914. — La tumeur a récidivé depuis déjà trois ans, fond utérin à 27 cm. du pubis.

30 avril 1914. — Hystérectomie subtotale; cet utérus fibromateux pèse 2.200 gr., la cavité utérine mesure 18 cm.

OBS. XXXV. — Mme F..., 37 ans, mariée à 23 ans, pas de fausse-couche, pas d'enfant, douleurs dans le bas-ventre, constipation, pollakiurie.

30 avril 1901. — Myomectomie: fibrome de la paroi antérieure de 450 gr., résection des annexes droites pour lésions inflammatoires.

19 janvier 1902. — Souffre un peu du côté des annexes gauches.

30 novembre 1903. — Bien réglée, utérus petit, aucun fibrome, bonne cicatrice, très bon résultat, jamais de conception.

19 novembre 1906. — Revient pour pertes rouges abondantes dues à deux petits polypes du col qui sont extirpés par torsion.

24 janvier 1910. — Pendant trois semaines, la malade aurait perdu continuellement, aussi revient-elle se montrer. On lui trouve sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus un petit fibrome du volume d'une mandarine; mais on croit plutôt que ses hémorragies sont dues à une métrite de la ménopause. Cette récurrence n'est pas un insuccès pour la myomectomie, car Mme F... est restée bien portante pendant neuf ans.

2 février. — Hystérométrie: 8 cm., curetage, cautérisation au chlorure de zinc.

10 octobre 1910. — N'a plus eu d'hémorragies.

OBS. XXXVI. — Mme A... de Q..., 36 ans, mariée à 35 ans, pas de grossesse, règles abondantes durant quatre ou cinq jours douloureuses, métrorragies et leucorrhée.

5 juin 1907. — Myomectomie : grosse masse fibromateuse du poids de 1.000 gr.

11 avril 1908. — Mme de Q... va très bien au point de vue de l'état général, très bien aussi au point de vue de l'utérus qui a un volume sensiblement normal, en bonne position, bien réglée.

2 mai 1914. — Rentre à l'hôpital pour se faire opérer d'un kyste du sein gauche. La malade se dit très bien réglée, sans douleurs pendant trois jours seulement. Utérus en position normale, pas de récurrence.

11 décembre 1920. — Règles un peu plus abondantes, mais non inconfortables.

10 janvier 1921. — Rentre, pour tumeur du sein droit, à l'hôpital ; les dernières règles ont été un peu plus fortes. L'utérus a le volume d'un utérus gravide de trois mois, on sent au palper un petit fibrome en avant et à droite de l'utérus. Mme de Q... arrivant à la ménopause, on fera une application de radium.

21 janvier. — Radium 120 milligr. pendant quarante-huit heures ; hystérométrie : 12 cm.

1922. — On apprend qu'à la suite de chagrins de famille la malade est devenue neurasthénique.

OBS. XXXVII. — Mlle V..., 36 ans, douleur dans le bas-ventre depuis cinq ou six ans, règles régulières et de durée normale ; la tumeur, qui remonte à l'ombilic, gêne la malade pour se baisser et aller à la selle (constipation).

10 février 1904. — Myomectomie : trois fibromes sous-séreux du poids total de 2.230 gr.

25 mai 1908. — Menstruations parfaites, normales en durée et en quantité. Au toucher rectal : utérus nullement augmenté de volume.

Mars 1911. — Les règles sont très régulières, pas de métrorragies mais utérus remontant à trois doigts au-dessus

du pubis. On sent au toucher un petit fibrome, les annexes sont douloureux à droite comme à gauche.

30 mars 1911. — Hystérectomie totale pour fibrome et ovaires polykystiques, hystérométrie : 13 cm. 5.

Janvier 1914. — La malade va bien.

### *Cas de grossesse suivis de récidence.*

OB. XI (déjà publiée au chapitre II). — Mme G..., 25 ans, myomectomie en 1905, fausse-couche et récidence en 1906.

OBS. XIV (citée chapitre II). — Mme P..., 27 ans, myomectomie le 21 mars 1901, un enfant en 1906, récidence en 1922.

OBS. XV (citée chapitre II). — Mme R..., âgée de 27 ans, myomectomie en 1904, deux grossesses ultérieures, récidence en 1913.

Les récides sont admises, mais il y a lieu de les étudier.

Leur symptomatologie est celle du fibrome. Mais c'est surtout par la réapparition des hémorragies qu'elles se manifestent : hémorragies beaucoup moins graves, beaucoup plus modérées.

La ou les tumeurs sont en général aussi beaucoup moins volumineuses, de petit ou de moyen volume.

Mais ces récides vraies sont pour la plupart tardives, c'est en moyenne 10 ans après la myomectomie qu'on les voit apparaître. Dix ans pendant lesquels la femme a joui d'une vie génitale normale et parfois féconde.

M. Villard, en 1903, présenta une observation de récidence 11 ans après une myomectomie. A ce mo-

ment, il en concluait que cette opération était mauvaise puisqu'elle exposait à la récurrence et à une réintervention. Mais depuis, ses idées ont changées : dans une des dernières discussions à la Société de Chirurgie de Lyon, et dans son enseignement, il est devenu un partisan convaincu de la myomectomie. Son observation, comme les nôtres, témoigne en faveur de la *réapparition tardive des récidives*.

M. Goullioud a fait trois hystérectomies secondaires pour retour de pertes ou réapparition de tumeurs.

Une de nos malades a pu avoir deux enfants dans l'intervalle des deux opérations ; aussi, cette femme, heureuse de sa double maternité, n'a-t-elle pas tenu rigueur à son chirurgien de l'avoir exposée à une réintervention. D'ailleurs, le cas n'était pas favorable à la myomectomie : il s'agissait d'un utérus enclavé dans le bassin et bourré de petits fibromes ; les tumeurs enlevées ne pesaient que 212 grammes. La seconde tumeur fut plus importante, du poids de 1.200 grammes, et formée aussi de fibromes multiples (obs. XV).

Une autre, institutrice, myomectomisée à 36 ans, en 1906, fut réopérée en 1916 et présenta, à la suite des troubles mentaux qui la firent entrer pour plusieurs mois dans une clinique ; elle est heureusement guérie actuellement.

Aujourd'hui, ce ne serait pas d'hystérectomie qu'il s'agirait en cas de récurrence, mais d'un simple traitement par curiethérapie ou radiothérapie. Ce fut le cas d'une autre malade qui, mariée à 27 ans, et ayant déjà un fibrome dans la corne utérine, eut deux en-

fants vivants et trois fausses-couches, fut myomectomisée, eut encore une fausse-couche après son opération, enfin fut soumise à la radiothérapie qui amena la cessation de ses règles à 42 ans (obs. XIX).

En résumé, les récidives après myomectomie sont dues parfois au développement de masses non enlevées (récidives prévues) ou ignorées (utérus bourrés de fibromes minuscules). Elles sont fonctions aussi de l'âge de la malade et de stérilité volontaire ou involontaire.

Il est bien évident qu'après l'hystérectomie, le chirurgien a l'esprit plus tranquille ; il sait qu'il n'y aura plus à y revenir. Mais, est-ce bien l'intérêt de la femme ? Toute la chirurgie conservatrice est dans ce dilemme.

Qu'il nous soit permis, à la fin de ce chapitre, de soulever une question qui sort un peu de notre sujet ; c'est celle de la myomectomie faite par erreur dans un cas de myome **malin**.

M. Tixier, à propos d'une communication de MM. Fabre et Barbier (Réunion obstr. et gynéc., févr. 1920), insiste sur l'évolution maligne toujours à redouter pour des fibromes volumineux chez des femmes jeunes et rappelle une observation où, deux mois après une hystérectomie, la malade présentait une fracture pathologique du fémur et des phénomènes de généralisation comme on en constate rarement.

Nous n'avons pas observé de cas analogue à la suite de nos myomectomies, mais notre observation I est

très intéressante car le chirurgien avait été effrayé par l'examen histologique. Empêché de réintervenir de suite par une phlébite, il eut le temps de voir son utérus conserver toujours le même volume. Une grossesse ne débuta qu'après une année d'observation.

Dans les cas douteux, il faudra donc observer ces malades avec grand soin pour réintervenir s'il y avait lieu.

## CHAPITRE IV

---

### **Myomectomie pendant la grossesse. — Considérations sur les résultats de nos observations, le choix des cas et la technique opératoire.**

#### *A. — Myomectomie pendant la grossesse*

Quoique sortant un peu de notre sujet, la myomectomie faite pendant la grossesse nous intéresse un peu par ses suites, c'est pourquoi nous avons cru bon de lui consacrer quelques lignes.

On doit pratiquer quelquefois la myomectomie au cours de la gestation et au cours du travail. Son indication reposera alors sur de graves complications constituant un danger imminent : troubles de compression grave intéressant la vessie, les uretères, le rectum, obstacle absolu à l'accouchement. Dans ce dernier cas, on pourra faire, soit une simple myomectomie, soit une césarienne suivie de myomectomie.

A ce stade, cette intervention est toujours sérieuse, étant donné l'état plus ou moins gravé dans lequel peut se trouver la malade.

Parmi les chirurgiens lyonnais, MM. Leriche, Santy, Cotte, ont vu la grossesse suivre son cours normal après la myomectomie.

Lockyer cite le cas d'une myomectomie multiple au sixième mois de la gestation, suivie d'un accouchement à terme ; Goinard et Laffont celui d'une myomectomie au troisième mois ; Paucot, au quatrième mois de la grossesse, suivie également d'accouchement à terme. Ces trois cas étaient justifiés par des douleurs abdominales suraiguës.

Ceci vient à l'appui indirectement de l'évolution favorable habituelle de la grossesse et de l'accouchement après la myomectomie que nous avons étudiée dans notre chapitre II.

M. Goullioud, n'a pas eu l'occasion de pratiquer, intentionnellement, la myomectomie pendant une grossesse, mais, une de ses myomectomisées (Mme G..., obs. VIII), fut opérée tout à fait au début d'une grossesse, avant que celle-ci eût pu être diagnostiquée. Malheureusement, cette femme eut un placenta prævia qui causa la mort de son enfant, et que l'on doit attribuer plus au fibrome qu'à l'intervention. Lorsqu'aucun symptôme ne l'impose, M. Goullioud préfère toujours opérer après l'accouchement, voir même après le sevrage, car il s'opère parfois une régression inespérée du fibrome après la grossesse qui, selon lui, est le meilleur traitement curatif des fibromes et le seul moyen prophylactique : Cette régression est beaucoup moins marquée après les fausses couches.

B. — *Considérations sur les résultats de nos observations*

Il est difficile de pouvoir obtenir des renseignements précis sur des malades guéries et éloignées de l'hôpital, la correspondance s'y prête peu, un grand nombre ne savent s'analyser et dire ce qu'elles peuvent ressentir. Nous avons rencontré là un gros obstacle dans nos recherches et bien que d'autre part toute statistique puisse être sujette à erreur, nous donnons le tableau suivant :

| Résultats donnés<br>par BENOIT-GONIN<br>thèse de Lyon 1913, | Malades opérés<br>jusqu'à<br>aujourd'hui. |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Myomectomisées : 74 .....                                   | 118                                       |
| Célibataires : 34 .....                                     | 43                                        |
| Femmes mariées : 40 .....                                   | 75                                        |
| Femmes mariées au-dessus de 40 ans : 14 .                   | 16                                        |
| Femmes devenues enceintes : 5 .....                         | 15                                        |
| Grossesses : 5 .....                                        | 21                                        |
| Fausses-couches : .....                                     | 5                                         |
| Enfants nés vivants : 5 .....                               | 16                                        |
| Enfants morts : .....                                       | 3                                         |
| Récidives .....                                             | 8                                         |
| Morts post-opératoires : 2 .....                            | 4                                         |

Parmi les cas de récurrence jusqu'à aujourd'hui, deux ont été traités médicalement, trois ont été hystérectomisés (cas anciens), et trois ont bénéficiés de la radiumthérapie ou de l'électrothérapie (cas récents). Nous regrettons de n'avoir pu obtenir des renseigne-

ments sur toutes ces opérées, ce qui nous aurait permis de donner plus de précision à nos chiffres. Ces résultats sont d'ailleurs quelque peu subordonnés à l'âge des malades; c'est surtout chez les femmes plus jeunes, femmes opérées entre 25 et 35 ans que l'on pourra dans l'avenir avoir à redouter les récidives; ils sont subordonnés à la stérilité volontaire ou involontaire, etc. Mais aussi, au choix des cas et à la technique opératoire, car on peut supposer qu'un chirurgien qui abuserait de la myomectomie aurait aussi plus de récidives.

#### C. — *Choix des cas*

M. Goullioud, dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, le précise ainsi :

« Quels sont les cas justiciables de la myomectomie ? Ces cas correspondent dans ma statistique établie, en 1913, par Benoît-Gonin, à 11 o/o des cas d'opération abdominale pour fibrome. Ce chiffre sera également très variable, suivant les tendances des chirurgiens et même suivant les époques, dans la même carrière chirurgicale.

Nous choisissons mieux actuellement nos cas que nous le faisons au début.

En principe, plus le fibrome tend à s'extérioriser du côté de la cavité péritonéale, plus son ablation est facile et indiquée. Tel est le cas des fibromes du fond de l'utérus, pédiculés ou non, où les annexes restent plus ou moins au fond du pelvis.

Les fibromes interstitiels de la face antérieure ou

de la face postérieure sont aussi favorables ; il nous arrive souvent de faire une incision sur chaque face pour extraire un ou plusieurs fibromes par chaque incision.

Par contre, nous ne faisons plus la myomectomie dans les utérus bourrés de fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, dont l'énucléation laisse, comme on l'a dit, une *loque utérine*. L'opération serait plus grave, la récurrence est plus à craindre.

Plus le fibrome tend à se pédiculiser du côté de la cavité utérine, moins son énucléation abdominale est facile, moins elle est indiquée. Nous avons déjà dit que nous renoncions à la myomectomie chez les femmes pâles, exsangues, chez celles qui ont des pertes rouges continues, c'est-à-dire malades, chez qui l'on peut craindre des polypes en formation ou des fibromes à développement sous-muqueux. L'hystérectomie est alors préférable.

Des rapports étendus avec la cavité utérine amenant par exemple de grandes résections de la muqueuse, exposent la myomectomie à plus de dangers par hémorragie ou infection. Les fibromes du bord latéral de l'utérus, de la zone vasculaire, peuvent nécessiter des ligatures de l'utéro-ovarienne ou de l'utérine, ou obliger à une ablation unilatérale d'annexes.

En général, on arrive à avoir avant l'opération une présomption suffisante à la possibilité de la myomectomie. On doit cependant prévenir la famille de la nécessité possible d'urgence de l'hystérectomie. C'est un inconvénient à reconnaître en face des méthodes simples de la radiothérapie et de la curiethérapie. »

D. — *Technique opératoire*

L'hémostase, dans la myomectomie, doit être une hémostase par capitonnage par de forts surjets. M. Goullioud fait :

1° Un capitonnage de la coque laissée par l'ablation du fibrome ;

2° Un second surjet des parois de la section utérine ;

3° Un surjet séro-séreux au catgut fin, avec une aiguille ronde, non tranchante.

A la suite de son premier insuccès, dû à un hématome suppuré, il a, pendant plusieurs années drainé avec un drain laissé jusqu'à l'ablation des points de suture ; il y a renoncé, mais il ferait encore volontiers ce drainage en cas d'hémostase insuffisante ou douteuse.

---

## CONCLUSIONS

---

I — Les suites immédiates de la myomectomie sont : la disparition des métrorragies et des accidents de compression dus au fibrome. La femme conserve ses règles, sa fécondité et évite les troubles de la ménopause artificielle.

II. — Les suites éloignées sont à étudier au point de vue de la fécondité et au point de vue de la récurrence des fibromes.

III. — La persistance de la fécondité est très réelle : Dans les 118 observations d'un seul chirurgien : de M. Goullioud et malgré un grand nombre de célibataires, nous trouvons :

- 15 femmes qui sont devenues enceintes ;
- 13 ont accouché à terme ;
- 3 ont eu plusieurs enfants ;
- 14 enfants sont nés vivants ;
- 2 sont sur le point de naître.

IV. — Aucune cause spéciale de dystocie n'est observée après la myomectomie.

Mais les myomectomisées sont des primipares âgées on devra donc compter sur la lenteur du travail.

V. — Au point de vue de la récurrence des fibromes, dont la possibilité est admise, on peut dire que :

1° La très grande majorité des opérées arrivent à la ménopause sans incidents.

2° Quelques-unes voient reparaitre des pertes dues à la réapparition des fibromes. En général, les pertes ont été modérées, les fibromes de petit ou de moyen volume.

Cependant, trois opérées ont été réopérées et ont subi l'hystérectomie (cas déjà anciens), trois ont subi un traitement de radiothérapie ou de curiethérapie (cas récents).

VI. — Ces cas de récurrence s'observent en moyenne dix ans après la myomectomie, c'est donc dix ans au moins de vie génitale normale et féconde que la myomectomie conserve à la femme.

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**  
**COMMANDEUR.**

**Vu :**  
**LE DOYEN,**  
**Jean LÉPINE.**

***Vu et permis d'imprimer :***

*Lyon, le 23 Novembre 1922.*

**LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,**  
**J. CAVALIER.**

## BIBLIOGRAPHIE

---

- GOULLIoud. — Cas de myomectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, N° 8, 1921).
- Réunion obstétricale de Lyon.
  - Des indications actuelles de la myomectomie, grossesse après la myomectomie (*Presse Médicale*, 1922).
  - Cas de grossesse après la myomectomie (*Revue d'Obstétrique et de Gynécologie*, janvier 1922).
  - Grossesse après myomectomie (Communication à la *Société Nationale de Médecine*, février 1914).
  - Myomectomie et radium dans le traitement des fibromes (Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*, janvier 1922).
- ROUFFART. — Chirurgie conservatrice en gynécologie (Communication du 8 octobre 1921 : *Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*).
- DIDIER. — Myomectomie et fibromes utérins (*Gazette des Hôpitaux*, août 1922).
- GOINARD et LAFFONT. — Communication à la Société obstétricale et gynécologique d'Alger, séance du 25 avril 1914 (*Annales de Gynécol. et d'Obst.*, nov. 1916).
- DRIVET. — De la myomectomie abdominale (*Thèse de Lyon*, 1906).
- BONIER. — De la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins (*Thèse de Lyon*, 1904).
- BENOIT-GONIN. — Contribution à l'étude des grossesses après myomectomie (*Thèse de Lyon*, 1913).
- LEFEBVRE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale (*Thèse de Paris*, 1922).
- KLEIN (J.). — Grossesse après myomectomie (Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécol. de Strasbourg*, 8 janvier 1921).

- OSBORN (John) et POLAK. — Etude des causes pathologiques de stérilité (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, septembre 1916, p. 261-268).
- FAURE (J.-L.). — Curiethérapie des fibromes utérins (*Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921, N° 4).
- HEITZ (J.). — Hypertension et fibrome utérin (*Académie de Médecine*, 18 avril 1922 ; *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, juin 1922).
- PAUCOT. — Myomectomie au quatrième mois de la grossesse (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lille*, décembre 1920).
- BRODHEAD. — Gestation compliquée de fibrome et myomectomie consécutive (*American Journ. of Obstetrics*, août 1919, page 216).
- VAUTRIN. — Fibrome et gestation (Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy*, novembre 1920).
- POZZI. — *Traité d'Obstétrique*, page 351.
- VILLARD. — Myomectomie ancienne, hystérectomie secondaire pour un utérus fibromateux (*Soc. de Chir. de Lyon*, 26 nov. 1903 ; *Lyon Médical* du 10 janvier 1904).
- VINCENT, VILLARD et GOULLIoud. — Discussion sur la myomectomie (*Soc. de Chir. de Lyon*, 17 décembre 1903 ; *Lyon Médical* du 24 janvier 1904).
- WEST (J.). — Grossesse après myomectomie (*Méd. Record New-York*, 1901, aug. 17).
- TUFFIER. — Plusieurs cas de myomectomies (*Soc. de Chir.*, 28 octobre 1903 ; *Gazette des Hôpitaux*, p. 1253).
- JABOULAY. — *Lyon Médical*, 15 nov. 1891.
- TUFFIER. — De l'énucléation des fibromes utérins (*Mono-graphie*, 1904).
- LOCKYER CUTHBERT. — Proceeding of the Royal Society of medicine (*Obstétrical and gynæcological section*, avril 1914, p. 221).
- TIXIER. — Communication de Fabre et Barbier (*Réunion obstét. et gynéc.*, fév. 1920).
- COTTE. — Hypertension et fibromes utérins (*Presse Médicale* du 2 déc. 1922, N° 96, p. 1044).



## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Avant-propos.....                                                                                                                                                  | 9  |
| Introduction.....                                                                                                                                                  | 11 |
| Chapitre premier. — Suites immédiates de la<br>Myomectomie, ou physiologie utérine post-<br>opératoire.....                                                        | 14 |
| Suites éloignées.....                                                                                                                                              | 19 |
| Chapitre II. — Observations.....                                                                                                                                   | 20 |
| Etude clinique.....                                                                                                                                                | 52 |
| Chapitre III. — Suites éloignées chez des opérées<br>suivies dix ans environ.....                                                                                  | 59 |
| Chapitre IV. — Myomectomie pendant la gros-<br>sesse. Considérations sur les résultats de nos<br>observations, le choix des cas et la technique<br>opératoire..... | 72 |
| Conclusions.....                                                                                                                                                   | 78 |
| Bibliographie.....                                                                                                                                                 | 80 |

---





